



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS\_BO66  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000158  
DATA: 30/07/2025 11:12  
OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

In assenza di Tarlazzi Paolo - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Donattini Maria Teresa - 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:

- [01-04]
- [02-01]
- [05-14]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO
- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ANATOMIA PATOLOGICA
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- DISTRETTO
- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- FORMAZIONE
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE
- GOVERNO CLINICO
- SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
- MEDICINA LEGALE



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.



- DIREZIONE ASSISTENZIALE
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI
- TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICHE SANITARIE E DI RETE
- UO PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE
- UO ECONOMATO E LOGISTICA
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA
- DIREZIONE SANITARIA

#### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000158_2025_delibera_firmata.pdf	Aimola Agostina; Donattini Maria Teresa; Paterno' Anna Rita	DC0E1A4F38DE515962D1DF753FD97B9F A806CF1B4B77C377BB91A37AC4B1858D
DELI0000158_2025_Allegato1.pdf:		2FFC20A206B84519B2C15D7E2CDB1A78 9C5AFE7AE6BF77465BFE22E06BA4995C



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 DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)  
2025-2027

### **IL DIRETTORE GENERALE**

VISTI

- Il D.L. 9/6/2021 n. 80 recante “ *Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia*”, convertito con modificazioni dalla L. 113/2021, che all’art. 6 prevede che “ *per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato PIAO, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190*”;
- Il D.L. 30/4/2022 n. 36 recante “Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” che ha introdotto il comma 7-bis al D.L. 80/2021 stabilendo che “ *le regioni, per quanto attiene alle aziende e agli enti del Servizio Sanitario Nazionale adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al medesimo art. 6 nonché ai contenuti definiti nel Piano integrato di attività e organizzazione di cui al presente decreto*”;
- Il D.P.R. 24/6/2022 n. 81 avente ad oggetto: “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”;
- Il DM 30/6/2022 n. 132 avente ad oggetto “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”;
- Atteso che con determina n. 19095 del 11/10/2022 del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna è stato costituito un gruppo di lavoro, coordinato dall’Area “Programmazione, Monitoraggio e Valutazione performance Aziende SSR (Controllo di gestione)”, composto da funzionari regionali e da referenti di Aziende sanitarie e con la partecipazione dell’Organismo indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR), con la finalità di supportare il percorso di definizione del PIAO e la sua introduzione nel sistema di programmazione delle Aziende sanitarie, quale strumento finalizzato ad assorbire, razionalizzandone la disciplina in un’ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le Aziende, in quanto pubbliche amministrazioni, operanti in ambito sanitario;



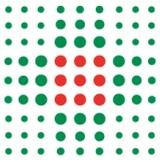
- Dato atto che il gruppo di lavoro, di cui alla citata determina regionale n. 19095/2022, ha provveduto alla definizione della struttura e dei contenuti del PIAO e più in generale ha proposto il documento “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione” contenente le indicazioni per le Aziende e gli Enti del SSR in ordine all’adozione del PIAO per il triennio 2023-2025 oltre ad aggiornare, alla luce dell’introduzione del PIAO, l’intero processo del Ciclo della Performance per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, essendo presente da molti anni un sistema strutturato di pianificazione e programmazione delle attività, oltre che di controllo e rendicontazione dei risultati, delineato a livello regionale fin dalla delibera n. 1/2014 dell’OIV-SSR;
- Richiamata la DGR n. 990 del 19/06/2023 avente ad oggetto “Linee guida per la predisposizione Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale”, con la quale è stata disposta l’adozione del PIAO 2023-2025 da parte degli Enti e Aziende del SSR, al fine di dare evidenza e organicità all’attività di pianificazione integrata aziendale sulla base di indicazioni operative fornite dalla Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare;
- Preso atto che la DGR n. 990 del 19/6/2023 richiama l’avvio dell’iter di approvazione di un progetto di legge nell’ambito del quale sono previste “Modifiche ed adeguamenti normativi in materia sanitaria”, con riferimento alla modifica degli artt. 4, 5 e 11 della L.R. 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 regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale”;
- Richiamata in tal senso la Legge Regionale 16/7/2018 n. 9 recante “Norme in materia di finanziamento, programmazione e controllo delle Aziende Sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata..”, ed in particolare il comma 1, art. 5, così come modificato dalla Legge Regionale n. 7 del 12/7/2023, che prevede quanto segue: “ *il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione delle Aziende Sanitarie è un documento programmatico triennale redatto in conformità alle indicazioni disposte dalla Regione ai fini dell’adeguamento del proprio ordinamento secondo quanto previsto dall’art. 6, comma 7-bis, del Decreto-legge n. 80/2021*”;
- Richiamate le citate Linee Guida per la predisposizione del PIAO delle Aziende ed Enti del SSR (art. 6 del D.L. 80/2021), adottate con DGR 990/2023, con particolare riferimento ai seguenti contenuti:
  - Il Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale si basa sui principi stabiliti dalla normativa nazionale e dal DM 30.6.2022 n. 132, in coerenza con il richiamato art. 7 bis del D.L. 80/2021;
  - Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione costituisce documento di programmazione strategica triennale, che integra le altre pianificazioni settoriali, funzionali agli obiettivi dell’Azienda descrivendo le componenti strategiche dei Piani stessi in modo da comporre un quadro complessivo ed omogeneo degli obiettivi, rinviando gli aspetti operativi di dettaglio a specifici atti attuativi del PIAO triennale;



- Posto pertanto che il PIAO triennale assorbe in modo integrato e coordinato gli obiettivi strategici dei Piani settoriali sotto riportati:
  - il Piano della Performance;
  - il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT);
  - il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
  - il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP);
  - il Piano delle Azioni Positive (PAP)

i cui aspetti operativi possono essere sviluppati mediante Atti attuativi specifici che declinano l'articolazione applicativa degli indirizzi strategici presenti nel PIAO, al fine di garantirne la piena attuazione in una logica di coerenza sistemica;

- Preso atto che con Determina regionale n. 8835 del 12/5/2025 della Direzione Generale Salute e Welfare è stata modificata la composizione del Gruppo di lavoro a supporto del percorso di definizione del PIAO e della sua introduzione nel sistema di programmazione delle Aziende sanitarie di cui alla precedente Determinazione n. 19095/2022;
- Richiamata la DGR n. 973 del 23/6/2025 con la quale è stato disposto l'aggiornamento degli Allegati A1 e A2 della DGR n. 990/2023 revisionati tenendo conto che nel 2025 sono stati nominati i Direttori Generali/Commissari straordinari di undici Aziende sanitarie, tra cui l'Azienda USL di Imola, alla quale sono stati assegnati nuovi obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 69 del 23/1/2025;
- Preso atto che la citata DGR n. 973 del 23/6/2025 conferma le disposizioni contenute nella DGR n. 972/2025 recante “ *Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025*” con riferimento alla modifica della disciplina regionale relativa al percorso procedurale per l'approvazione regionale del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR, di cui alla medesima DGR n. 990/2023, stabilendo che il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, adottato in via provvisoria dalle Aziende Sanitarie in sede di adozione dei Bilanci Economici Preventivi, sia approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei Bilanci Economici Preventivi;
- Tenuto conto che la suddetta DGR n. 973/2025 stabilisce che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie adottino con proprio specifico atto, entro il 31/7/2025, il PIAO aziendale per il triennio 2025-2027;
- Richiamati altresì i seguenti riferimenti normativi in ordine alla programmazione settoriale del PIAO:
  - Il D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. ad oggetto “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” in tema di adozione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance;
  - Il D.Lgs. 150/2009 ad oggetto: “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, in tema di adozione del Piano strategico operativo nonché misurazione e valutazione delle performance;

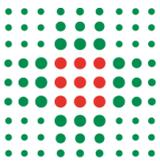


- L. 6.11.2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, in tema di adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione;
- Il D. Lgs 14.3.2013 n. 33 avente ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” in tema di trasparenza, prevenzione e contrasto alla corruzione;
- La L. 7.8.2015 n. 124 avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” in tema di adozione del Piano organizzativo del lavoro agile;
- Il D. Lgs. 11.4.2006 n. 198 avente ad oggetto “Codice della pari opportunità tra uomo e donna a norma dell’art. 6 della L. 246/2005”, in tema di adozione del Piano delle Azioni positive;
- Atteso che, in attuazione di quanto suesposto, si è proceduto alla redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027, nel testo elaborato dalla competente UOS “Programmazione e Controllo Direzionali”, con il contributo dei servizi competenti per ambito di attività, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- Precisato che il citato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, comprende altresì n. 2 allegati relativi a:
  - Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2025-2027
  - Piano Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025-2027
- Posto che gli aspetti attuativi degli obiettivi strategici rappresentati nelle specifiche sottosezioni del PIAO sono contenuti e/o aggiornati annualmente nelle Linee Guida al Budget annuale e/o in specifici e separati atti;
- Ritenuto che il Piano che qui si approva soddisfa, in merito a struttura e contenuti previsti, le disposizioni sopra richiamate, da ultimo la DGR n. 973 del 23/6/2025;
- Dato atto che si procederà alla successiva pubblicazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027 nel sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

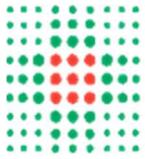
Constatato pertanto che sussistono tutti i necessari presupposti per procedere alla sua formale adozione;

### **Delibera**

1. Di adottare il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, in adempimento alle vigenti disposizioni di legge e alle indicazioni regionali di cui, da ultimo, alla DGR n. 973 del 23/6/2025, ai sensi del comma 7-bis del D.L. n. 80/2021, convertito in L. n. 113/2021;



2. Di precisare che il citato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027 allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale comprende altresì n. 2 allegati relativi a: Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2025-2027 e Piano Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025-2027;
3. Di procedere, nel prosieguo, all'eventuale aggiornamento/revisione del predetto Piano nell'ipotesi in cui si verificano significativi cambiamenti organizzativi o normativi nonché nel rispetto di quanto previsto dalle determinazioni che nel merito potranno essere assunte dalla Regione Emilia-Romagna;
4. Di dare atto che i Piani attuativi delle diverse sezioni del PIAO, in premessa indicati, saranno autonomamente adottati e/o aggiornati, nel prosieguo del loro sviluppo, senza la necessità di riadozione del PIAO stesso, in quanto ne rappresentano la specifica attuazione in coerenza con le linee strategiche ivi contenute;
5. Di dare corso alla pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 nel sito internet istituzionale dell'Azienda, nella sezione "Amministrazione Trasparente" – Sezione Performance, nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
6. Di disporre altresì la pubblicazione del "Piano Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025-2027", nella sezione Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione, del sito web aziendale;
7. Di dare mandato alle strutture aziendali competenti per materia di procedere alla predetta fase di pubblicizzazione/diffusione nei termini innanzi circostanziati;
8. Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 18, comma 4, della L.R. 16.7.2018 n. 9.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

# **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025 – 2027**

## SOMMARIO

<b>Executive Summary .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Premessa .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Scheda descrittiva dell’Azienda .....</b>	<b>9</b>
<b>Chi siamo .....</b>	<b>9</b>
<b>Come operiamo .....</b>	<b>12</b>
<b>Il Contesto di riferimento.....</b>	<b>17</b>
<b>I dati di attività .....</b>	<b>21</b>
<b>I dati economici.....</b>	<b>43</b>
<b>Il personale .....</b>	<b>51</b>
<b>3. Sezioni e sottosezioni di programmazione: IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Sezione - DIMENSIONE DELL’UTENTE .....</b>	<b>59</b>
3.1.1 Sottosezione di programmazione e accesso alla domanda .....	59
3.1.2 Sotto sezione: Programmazione dell’Integrazione .....	66
3.1.3 Esiti – Indicatori .....	82
<b>3.2 Sezione - Dimensione dell’organizzazione e dei processi interni .....</b>	<b>84</b>
3.2.1 Sotto sezione: Programmazione della struttura della offerta e della produzione .....	84
3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.....	91
3.2.3 Sotto sezione: Programmazione dell’Organizzazione.....	103
3.2.4 Sotto sezione: Programmazione delle Dotazioni di personale .....	116
3.2.5 Sotto sezione: Programmazione dei Rischi corruttivi e della Trasparenza.....	123
<b>3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo .....</b>	<b>124</b>
3.3.1 Sotto sezione: Programmazione della ricerca e della didattica.....	124
3.3.2 Sotto sezione: Programmazione dello sviluppo organizzativo e formazione .....	125
<b>3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità .....</b>	<b>129</b>
3.4.1 Sotto sezione: Programmazione Economico-finanziaria .....	129
3.4.2 Sotto sezione: Programmazione degli Investimenti e PNRR-PNC.....	130
3.4.3 Sotto sezione: Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica .....	134
<b>4. Sistema di misurazione e valutazione del valore pubblico e della performance .....</b>	<b>137</b>
<b>Performance aziendale / Valore pubblico .....</b>	<b>137</b>

<b>Performance organizzativa .....</b>	<b>139</b>
<b>Performance individuale .....</b>	<b>140</b>
<b>5. Indicatori di valore pubblico e performance.....</b>	<b>142</b>
<b>Tabelle Indicatori: Sezione - Dimensione UTENTE.....</b>	<b>143</b>
Accesso e Domanda .....	143
Integrazione .....	144
Esiti.....	145
<b>Tabelle Indicatori: Sezione - Dimensione DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI</b>	
<b>.....</b>	<b>146</b>
Produzione – Prevenzione.....	146
Produzione – Territorio .....	147
Produzione – Ospedale .....	148
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico .....	149
Organizzazione .....	150
Anticorruzione Trasparenza.....	151
<b>Tabelle Indicatori: Sezione – Dimensione SOSTENIBILITA' .....</b>	<b>152</b>
Economico Finanziaria .....	152
Investimenti .....	153
<b>GLOSSARIO ACRONIMI.....</b>	<b>154</b>
<b>ALLEGATO 1 - Sotto Sezione del PIAO - PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA) 2025 – 2027 .....</b>	<b>157</b>
<b>ALLEGATO 2 - Sotto Sezione del PIAO – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 2025 - 2027 .</b>	<b>158</b>

## Executive Summary

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027**, costituisce il Documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse ed i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali, rendicontati annualmente mediante la Relazione sulla Performance. Il Piano si colloca nell'ambito del sistema di programmazione e controllo delle Aziende Sanitarie di consolidata applicazione, da ultimo disciplinato sotto il profilo normativo con la Legge Regionale n. 9/2018, modificata dalla Legge Regionale n. 7/2023 che recepisce il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito con Legge 6/8/2021 n. 113, ai sensi del comma 7 bis che lascia alle Regioni la competenza in materia, per quanto riguarda le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, reiterando la formulazione già prevista dal D.Lgs. 150/2009 in sede di introduzione del Piano della Performance.

Il presente Documento è pertanto redatto in attuazione della DGR n. 990 del 19/6/2023 avente ad oggetto "Linee Guida per la predisposizione del PIAO nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale", successivamente modificata ed integrata con DGR n. 973 del 23/6/2025, ad oggetto "DGR n. 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".

Tale corpus normativo regionale configura il PIAO quale documento che integra tutte le altre pianificazioni a contenuto strategico settoriale, in applicazione dei principi generali di integrazione e semplificazione perseguiti dal citato art. 6 del D.L. 80/2021, convertito con L. 6/8/2021 n. 113, definendo altresì i collegamenti con gli altri piani e documenti previsti dalla normativa vigente, con il sistema annuale di Budget ed individuando indicatori di risultato comuni fra tutte le Aziende del SSR al fine di garantire trasparenza e confrontabilità in fase di rendicontazione.

Il PIAO, pertanto, assorbe all'interno del medesimo quadro programmatico i diversi atti di pianificazione aziendale ovvero il Piano della Performance, il Piano di Prevenzione della corruzione, il Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive ed il Piano dei fabbisogni del Personale.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ha una durata triennale stabile con eventuali aggiornamenti annuali nel triennio di riferimento qualora ritenuti necessari al fine di aggiornare aspetti specifici e con **Atti /Documenti attuativi**, al fine di dare applicazione alla programmazione strategica, in particolare sulle specifiche aree assorbite come sopra indicate.

Gli aspetti operativi di dettaglio sono sviluppati e articolati nell'ambito del processo di **Budget annuale** dell'Azienda, mediante la formalizzazione delle **Linee Guida Budget annuali** e la definizione della performance organizzativa e individuale con i vari livelli di responsabilità aziendale.

Le fonti di riferimento per la programmazione triennale 2025-2027 sono individuate nei seguenti atti:

- DGR n. 69 del 23/1/2025 contenente gli obiettivi strategici di mandato assegnati al Direttore Generale.

- Atti di programmazione regionale annuali.

In tale prospettiva il PIAO 2025-2027 è orientato a consolidare l'impegno dell'Azienda nel perseguimento degli di salute dei cittadini che si riflettono sui livelli di assistenza volti alla Prevenzione, all'Assistenza Territoriale e all'Assistenza Ospedaliera.

Le direttrici di intervento che intervengono direttamente e/o trasversalmente negli obiettivi di mandato assegnati con DGR 69/2025 riguardano:

- La Promozione e Prevenzione della salute mediante un approccio basato sulla conoscenza e analisi dei "Profili di Salute" della popolazione, nonché secondo le priorità della programmazione regionale in materia.
- La Promozione della Salute Mentale consolidando un modello di riabilitazione ed assistenza a forte impronta comunitaria e di integrazione socio-sanitaria, contribuendo a contrastare i determinanti sociali del disagio, privilegiando percorsi alternativi alla residenzialità.
- Il completamento dell'attuazione del DM 77/2022 quale Riforma di Settore dell'Assistenza Territoriale nel quadro degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) al fine di garantire in un'ottica di prossimità la presa in carico della cronicità secondo logiche di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri, di prevenzione e di integrazione socio-sanitaria.
- La programmazione con gli Enti Locali degli interventi socio-sanitari per anziani e disabili nonché per rafforzare l'offerta residenziale di lungo assistenza.
- Il rafforzamento del governo delle liste di attesa mediante costante verifica e controllo del rapporto tra domanda e offerta, il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, l'adeguamento della capacità erogativa per prestazioni specialistiche e ricoveri.
- La tutela e garanzia dell'accesso in emergenza – urgenza, nell'ambito di una riqualificazione complessiva della rete dell'emergenza ospedaliera, mediante interventi di armonizzazione dei processi organizzativi ospedalieri al fine di ridurre i tempi di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.
- Attuazione e sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ambito delle quali la Medicina Convenzionata assume ruolo centrale nella rete di prossimità, nella continuità dell'assistenza e nella presa in carico urgente a bassa complessità.
- La qualificazione dell'Assistenza Ospedaliera sviluppando la multidisciplinarietà, rendendo operativi modelli di rete fra le varie piattaforme produttive, sviluppando i collegamenti con le reti cliniche di alta specialità.
- L'ammodernamento del Parco Tecnologico, con una programmazione basata sui fabbisogni, favorendo le acquisizioni coerenti con i percorsi di cura che si intendono sviluppare e con scelte che premiano l'efficacia, la sicurezza, l'accessibilità e la economicità.
- L'attuazione degli interventi PNRR di Manutenzione straordinaria e la prosecuzione dell'attività per la Digitalizzazione DEA, secondo il cronoprogramma atteso.

- Lo sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini favorendo la diffusione e l'accessibilità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) nonché l'implementazione degli aspetti di Cybersecurity.

## 1. Premessa

Il presente **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 2027** è stato redatto in conformità alla DGR 990/2023 con la quale la Regione Emilia-Romagna approva le “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR”, in attuazione dell’articolo 6, comma 7 bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, nonché da ultimo alla DGR 973 del 23/6/2025, ad oggetto “DGR n. 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”.

Gli obiettivi strategici triennali sono declinati annualmente nel sistema di Budget aziendale che ha come principale fonte di riferimento il presente Piano, oltre alla programmazione regionale annuale e agli altri documenti rilevanti per la definizione dell’azione annuale dell’Azienda. Mediante il sistema di Budget, l’Azienda declina gli obiettivi strategici in obiettivi operativi (Budget operativi – Performance organizzativa) e quantifica le risorse economiche necessarie (Budget economico).

Con l’adozione del PIAO, dei suoi aggiornamenti periodici, documenti attuativi e delle Relazioni annuali di rendicontazione, l’Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte e garantendo un maggiore livello di integrazione del sistema di programmazione, con l’obiettivo di migliorare l’erogazione dei servizi e l’organizzazione.

Il presente documento si sviluppa secondo l’indice definito nelle citate Linee Guida di cui alla già citata DGR 973/2025 “DGR n. 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”.

La prima parte del Piano descrive il **contesto esterno ed interno** nel quale opera l’Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell’offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento.

Il contesto interno viene rappresentato attraverso la descrizione dell’attuale assetto organizzativo delle strutture aziendali e la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, i dati di attività dell’ultimo periodo per livelli assistenziali.

A seguire vengono riportati **gli impegni strategici per valore pubblico** che l’Azienda si propone di realizzare nel triennio di riferimento, articolati secondo le Sezioni e sottosezioni di programmazione, a fronte degli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Aziendale con DGR n. 69 del 23/1/2025.

Il quarto capitolo del Piano descrive il **Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale**, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti.

In conclusione, viene rappresentato il **sistema di indicatori di valore pubblico e performance** al fine di misurare l'effetto complessivo delle azioni e degli impegni strategici assunti con il presente Piano e garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza a livello di sistema complessivo.

L'insieme degli indicatori ha come riferimento il sistema Informativo Regionale **SIVER – Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia-Romagna** implementato dal livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale; tale sistema si integra con il monitoraggio del Nuovo sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti.

## 2. Scheda descrittiva dell’Azienda

### Chi siamo

L’AUSL di Imola fa parte della Città Metropolitana di Bologna e partecipa formalmente e fattivamente all’Area Vasta Emilia Centro (AVEC), fatta salva l’integrazione nel complessivo Sistema Sanitario Regionale (SSR).

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 aziendale comprende i territori di 10 Comuni: Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza; Castel Guelfo; Medicina; Mordano; Casalfiumanese; Borgo Tossignano; Fontanelice; Castel del Rio.

Il territorio aziendale complessivo si estende su una superficie di circa 787 Km<sup>2</sup> le cui principali caratteristiche socio demografiche vengono descritte nello specifico paragrafo del presente documento.

### Lo scopo

L’Azienda Sanitaria di Imola 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 socio assistenziali e sociali degli Enti Locali di pertinenza, per quanto espressamente previsto o delegato.

L’Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell’offerta sanitaria, secondo i principi e i valori istitutivi del Sistema Sanitario Nazionale, già definiti nella Carta costituzionale e ai principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale, coerenti e confermativi dei primi, perseguendo l’allocazione ottimale delle risorse assegnate. L’Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, 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.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda Sanitaria di Imola agisce con la pratica continua della valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne, della in-formazione sanitaria socialmente diffusa, della ricerca e dell'innovazione, dell'aggiornamento e della formazione attraverso sinergie con l'Università.

**I principi** alla base della **programmazione strategica** dell'Azienda sono:

- Autonomia organizzativa, nell'ambito delle regole di sistema, con particolare focus sullo sviluppo delle attività territoriali ed ospedaliere di primo livello, legate alle esigenze specifiche della comunità locale e per le quali una forte connessione con il territorio fornisce migliori garanzie nei processi di integrazione socio-sanitaria e fra territorio ed ospedale.
- Integrazione organizzativa nella produzione di prestazioni e servizi per favorire efficienza operativa, prossimità della risposta ai cittadini ed equità di accesso alle prestazioni, mediante livelli d'integrazione sovraaziendale ed interaziendale, tramite collaborazioni nell'ambito delle Reti Cliniche Integrate, nonché modelli di integrazione Ospedale – Territorio.
- Differenziazione delle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi, su scala aziendale e sovra aziendale, con l'obiettivo di combinare le esigenze di qualità, di efficienza operativa e di valorizzazione delle competenze professionali, per quelle funzioni per le quali è necessario concentrare l'offerta per rarità delle condizioni, complessità dell'assistenza o per sofisticazione dei sistemi tecnologici.
- Autosufficienza territoriale, ovvero il perseguimento del dimensionamento e della funzionalità ottimale dei servizi necessari a soddisfare localmente la domanda di assistenza attesa nella popolazione residente,

sulla base delle sue caratteristiche epidemiologiche e demografiche.

- Formazione e valorizzazione dei professionisti, sostenendo la pianificazione, l'organizzazione e la gestione dei processi formativi orientati allo sviluppo organizzativo e professionale. L'Azienda assicura lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'integrazione tra la funzione di formazione e l'attività di assistenza e ricerca, al fine di assicurare lo sviluppo e il trasferimento delle competenze del personale dipendente e convenzionato.
- Partecipazione organizzativa, intesa come la possibilità da parte di ogni professionista e operatore dell'Azienda di partecipare al processo di individuazione delle strategie e ancor più delle soluzioni operative idonee a realizzare gli obiettivi da perseguire. I luoghi formali di discussione e decisione sono individuati negli organismi di governo dell'Azienda e nelle sue articolazioni, quali in particolare, il Collegio di Direzione, i Comitati di Dipartimento, gli organismi tecnico-professionali e i gruppi di lavoro istituiti su specifiche esigenze progettuali o per finalità di governo di specifiche problematiche.
- Sussidiarietà orizzontale, ovvero coinvolgimento dei cittadini e delle loro aggregazioni profit e non-profit (volontariato, terzo settore) nella gestione e nella erogazione dei servizi, generativa di una responsabilizzazione più diretta delle istituzioni, di una migliore rappresentazione dei bisogni sanitari, di un più efficace sistema di controllo sociale e di una migliore responsività alle preferenze e priorità locali.
- Governo clinico – assistenziale, i cui principi e strumenti devono guidare l'agire di tutte le componenti professionali ed integrare le stesse con quelle del governo economico al fine di assicurare il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione.
- Tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, nel rispetto degli obblighi e dei principi della normativa vigente.

## Come operiamo

### Assetto organizzativo aziendale

La struttura organizzativa, come tutte le organizzazioni sanitarie, è contraddistinta da una elevata complessità, generata dalle numerose attività, compiti e funzioni e dal grado di eterogeneità e interdipendenze fra queste: complessità che richiede importanti meccanismi di coordinamento e controllo.

L'Atto Aziendale, al Titolo IV, riporta i criteri generali di organizzazione e il sistema delle Responsabilità in base al quale si inquadra l'attività aziendale. L'articolo 24 esplicita che l'Azienda 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'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità ai dirigenti.

L'AUSL di Imola vede la presenza di **un Presidio Ospedaliero** e di un **Distretto Socio-Sanitario**.

In ottemperanza alle indicazioni regionali ed al fine di garantire un maggior 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) è stata prevista l'istituzione della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie. L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un forte orientamento all'integrazione funzionale e allo sviluppo di sinergie professionali e di interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza, accompagnata da specifici Accordi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà delle attività su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. L'impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

Con Deliberazione n. 247 del 24/12/2024 l'Azienda ha aggiornato il proprio Regolamento di Organizzazione che descrive analiticamente la struttura organizzativa aziendale, declinando per ciascun Dipartimento, Struttura complessa e/o semplice e Programmi, le rispettive mission e ambiti di responsabilità.

Il citato Regolamento comprende la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico e l'ampliamento delle funzioni collocate nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie che, oltre a prevedere le funzioni e gli indirizzi organizzativi della Direttiva regionale n. 2011 del 20/12/2007, integra ulteriori funzioni a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione, ampliando la denominazione in "Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie".

## La struttura dipartimentale

L'AUSL di Imola si articola su un unico **Distretto** ed è organizzata in **Dipartimenti**, quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, cliniche, assistenziali e di supporto dell'Azienda con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria.

I Dipartimenti, che rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda, sono costituiti da: unità operative complesse (UOC); strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD) e componenti interne di UOC (UOS); altre forme di aggregazione configurate in responsabilità di "Programmi dipartimentali – interdipartimentale o di UOC".

Il Dipartimento rappresenta, attraverso l'esercizio dei differenti ruoli e delle relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie. 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. I Dipartimenti, sulla base di specifico accordo, possono anche essere ad attività integrata (DAI), al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di formazione e di ricerca.

Il DAI aggrega una pluralità di strutture e di funzioni omogenee e/o complementari, per fini o per metodi, con lo scopo di garantire una gestione unitaria delle risorse, nonché l'ottimale coordinamento delle citate 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, in ordine ad accordi tra Aziende Sanitarie della Regione, e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, funzionali a sinergie ed economie di scala.

A livello dipartimentale 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 in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

L'AUSL di Imola, in riferimento all'assetto dipartimentale, 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 tutti 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'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- Case della Comunità in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP).
- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DIMED, DIP CHIR) e al Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie.
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DIMED, DIP CHIR).

L'assetto prevede, inoltre, **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma "Sicurezza alimentare"
- Programma aziendale "Screening oncologici".
- Programma aziendale "Psicologia clinica e di comunità".
- Programma "Blocco Operatorio".
- Programma NORA (No Operating Room Anestesia).
- Programma di chirurgia ortopedica, funzionale e traumatologica della mano.
- Programma Specialistica Ambulatoriale.

Sono posizionate in **staff alla Direzione Generale**: UOS Programmazione e Controllo direzionali; UOS Informazione e Comunicazione; Servizio Prevenzione Protezione; Medico Competente e la Funzione Audit Interno.

Sono in **staff al Direttore Sanitario**: SSD Governo clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure; UOS Formazione; UOS Medicina Legale e Programma Psicologia Clinica e di Comunità; Programma Specialistica Ambulatoriale.

È in **staff al Direttore Amministrativo**: UOS Attività Amministrative e Trasversali.

L'assetto aziendale si completa con le **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Assistenza Farmaceutica.
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.
- Direzione delle Professioni Sanitarie.

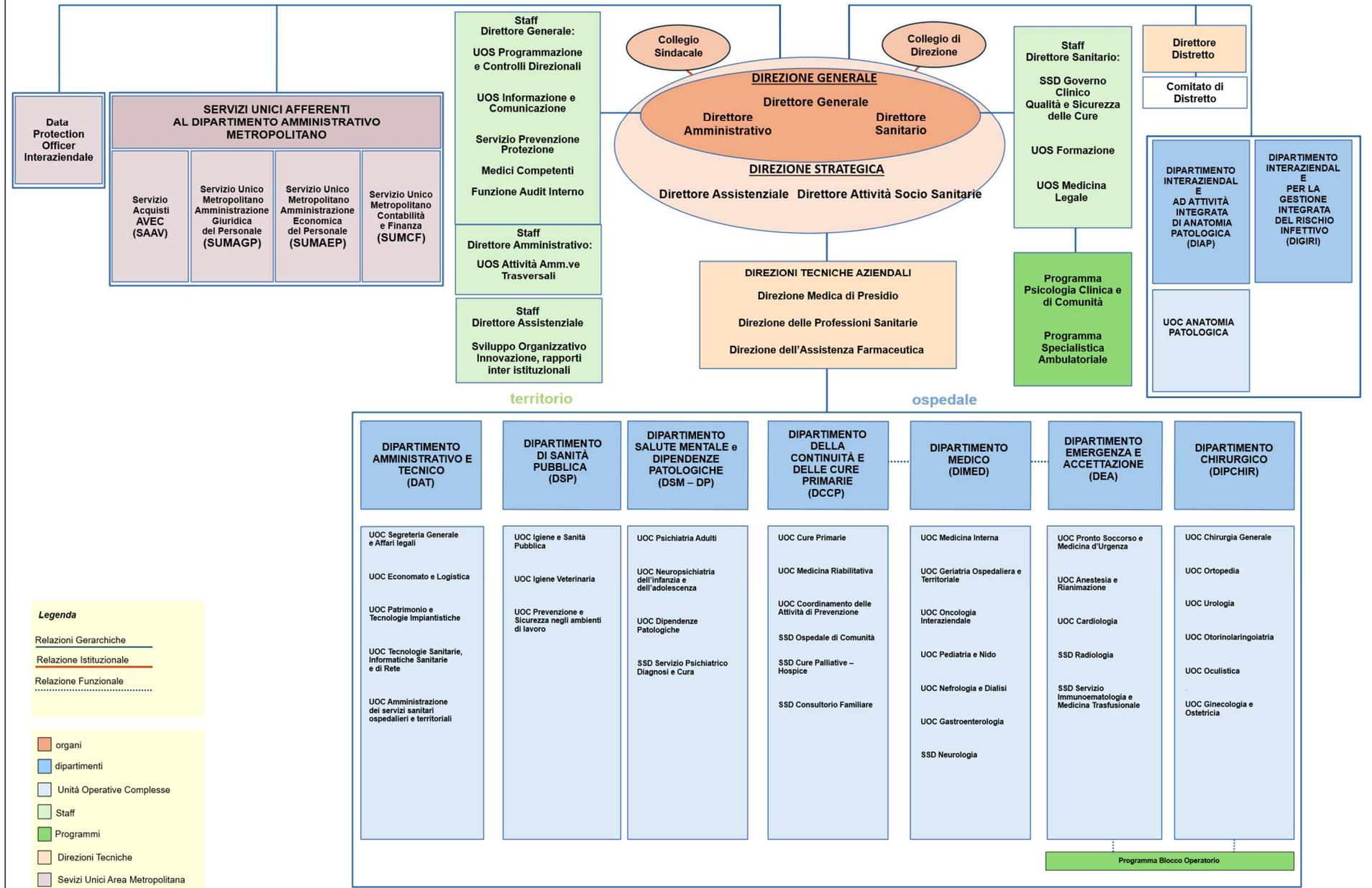
A livello di **Direzione Strategica** si collocano, oltre al Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo:

- 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.

Assetto organizzativo AUSL di IMOLA al 20/06/2025



## Il Contesto di riferimento

### Territorio e popolazione

Il **bacino territoriale imolese** è costituito dai 10 Comuni facenti capo al “Nuovo Circondario Imolese”, che coincide con l’ambito di competenza della AUSL di Imola (787,28 Km<sup>2</sup>). Questa superficie rappresenta circa il 13% dell’Area Metropolitana Bolognese con il Comune di Imola che, con 205 Km<sup>2</sup>, si colloca al primo posto per estensione territoriale ed al secondo per popolazione residente.

Il comprensorio, incuneato tra l’Emilia e la Romagna, con proiezioni verso le province di Firenze, Ravenna e Ferrara, è connotato da una zona di pianura caratterizzata da una alta concentrazione abitativa che, nel 2024, dopo alcuni anni di flessione, si attesta a 231,06 pop/kmq vs 230,75 pop/kmq del 2023.

L’area collinare presenta una densità demografica pari a 99,57 pop/Kmq nel 2024 in linea con la densità rilevata nel 2023. La densità complessiva 2024 (168,75) si mantiene sui valori del 2023 (168,63).

Analizzando lo storico si registra un decremento complessivo medio, nell’ultimo quinquennio, pari a circa 1 residente ogni Km<sup>2</sup>, pur permanendo le variabilità comunali legate alla morfologia territoriale, alla vastità dell’area e alla vicinanza degli assi di comunicazione. Nel 2024 la zona di pianura aumenta la propria densità complessiva, grazie in particolare al Comune di Medicina (+0,5 ab. x km<sup>2</sup>) e di Imola (+0,3 ab. x km<sup>2</sup>).

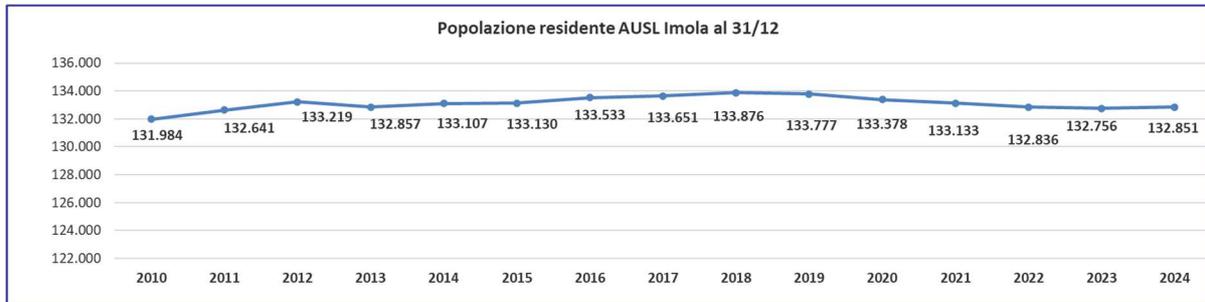
Nel territorio collinare-montano, il decremento più significativo è quello di Castel S. Pietro (-0,6 ab. circa x Km<sup>2</sup>). Tra i comuni della Vallata del Santerno l’unico in controtendenza è Borgo Tossignano, la cui densità registra un +1,7 ab. ogni km<sup>2</sup>.

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km <sup>2</sup>	POPOLAZIONE RESIDENTE 31/12/2024	DENSITA' DEMOGRAFICA (Pop./Km <sup>2</sup> )			
			2024	2023	2019	2010
IMOLA	205,02	69.625	339,60	339,29	342,12	331,90
MORDANO	21,45	4.647	216,64	216,55	221,63	212,07
MEDICINA	159,11	16.909	106,27	105,81	105,98	102,39
CASTEL GUELFO	28,61	4.521	158,02	158,44	158,79	142,98
<b>TOTALE PIANURA</b>	<b>414,19</b>	<b>95.702</b>	<b>231,06</b>	<b>230,75</b>	<b>232,50</b>	<b>224,47</b>
CASTEL S. PIETRO	148,42	20.764	139,90	140,46	141,31	137,62
DOZZA	24,23	6.633	273,75	272,88	273,46	260,44
CASALFUMANESE	82,03	3.379	41,19	41,40	41,79	41,95
BORGIO TOSSIGNANO	29,27	3.247	110,93	109,26	112,16	113,32
FONTANELICE	36,56	1.914	52,35	52,38	53,50	51,93
CASTEL DEL RIO	52,58	1.212	23,05	23,09	23,01	23,97
<b>TOTALE COLLINA</b>	<b>373,09</b>	<b>37.149</b>	<b>99,57</b>	<b>99,66</b>	<b>100,45</b>	<b>98,26</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787,28</b>	<b>132.851</b>	<b>168,75</b>	<b>168,63</b>	<b>169,92</b>	<b>164,66</b>
Prov. Bologna			276,95	276,13	275,47	267,94
RER			199,16	198,74	198,77	196,91
ITALIA (2024 stimato)			195,10	195,40	197,72	198,00

Fonte: 1) Regione ER. Statistica – Pop. con cod. altimetriche ISTAT 2) Italia Istat densità - Indicatore demografico (Demo Istat 1/1/2025)

La fotografia al 31/12/2024 vede una **popolazione residente** di 132.851 abitanti (64.903 maschi e 67.948 femmine - fonte RER). Tale valore, sull’anno precedente, attesta un incremento di quasi 100 unità, la prima positiva controtendenza dal 2018.

La **curva demografica** che mostra quale tendenza degli ultimi anni l'aumento della forbice tra flussi migratori (maggiori in uscita rispetto agli ingressi) e un saldo demografico complessivo in decrescita, nel 2024 inverte l'andamento registrando seppur un minimo incremento, grazie in particolare a tre comuni. Il comune di Medicina che, a confronto con il 2023, registra +74 residenti (+68M e +6F) associato anche ad un incremento di cittadini stranieri. Borgo Tossignano che coniugando un saldo migratorio positivo (associato ad un marcato ricongiungimento familiare) con un incremento della natalità, registra +49 residenti (+24M e +25F) sul 2023. Anche per il comune di Imola, si registra un incremento di residenti (+64 unità).



In riferimento alla **composizione della popolazione** (struttura %) per macro classi di età, analizzate in un confronto di lungo periodo (2024 v/s 2010) 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 2024 e 2010.

COMUNI	STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2024			STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2023			STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2010		
	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65
IMOLA	11,85%	62,29%	25,85%	12,09%	62,35%	25,56%	13,24%	63,53%	23,23%
MORDANO	13,04%	63,20%	23,76%	12,96%	63,60%	23,44%	14,18%	64,53%	21,29%
MEDICINA	12,63%	63,44%	23,93%	12,78%	63,44%	23,78%	14,71%	64,28%	21,01%
CASTEL GUELFO	13,27%	64,57%	22,16%	13,61%	64,68%	21,71%	15,77%	67,12%	17,11%
CASTEL S. PIETRO	11,33%	60,81%	27,86%	11,70%	61,04%	27,27%	13,30%	63,86%	22,84%
DOZZA	12,59%	64,21%	23,20%	12,49%	64,67%	22,84%	15,53%	66,46%	18,01%
CASALFUMANESE	11,13%	63,54%	25,33%	11,51%	63,31%	25,18%	14,93%	65,17%	19,90%
BORGO TOSSIGNANO	11,67%	63,81%	24,51%	12,04%	63,79%	24,17%	15,41%	64,82%	19,77%
FONTANELICE	11,96%	61,86%	26,18%	11,75%	62,56%	25,69%	15,21%	63,65%	21,15%
CASTEL DEL RIO	9,74%	58,42%	31,85%	10,63%	58,90%	30,48%	13,17%	57,86%	28,97%
TOTALE GENERALE	11,96%	62,44%	25,61%	12,18%	62,55%	25,26%	13,78%	63,99%	22,23%

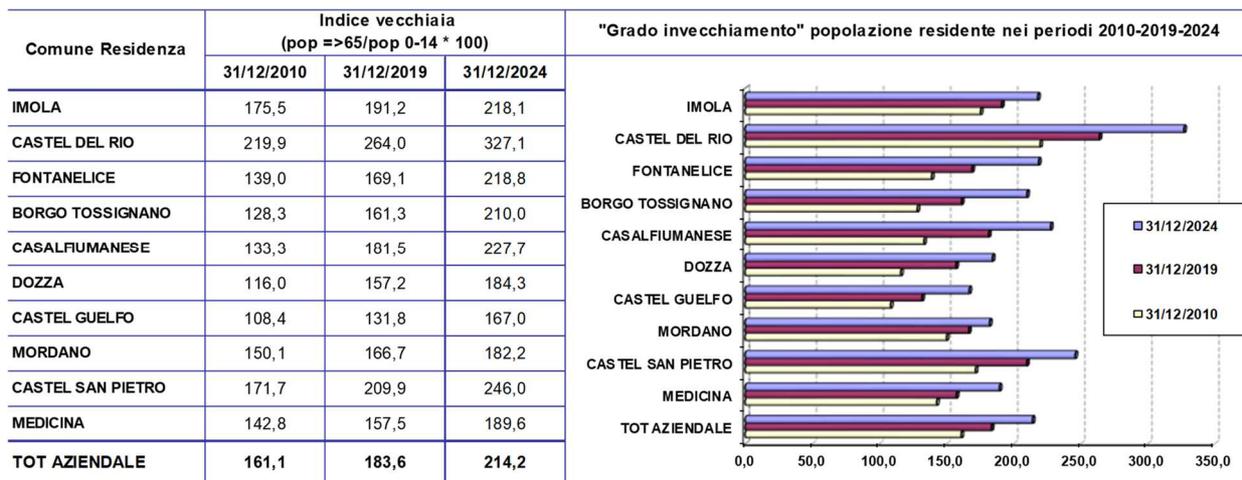
Nel confronto di lungo periodo (2024 v/s 2010), l'approfondimento per classi di età, conferma tali tendenze, ed in particolare la netta diminuzione nella fascia 0-14 anni (11,96% v/s 13,78%), che nel 2024 perde ulteriori 290 unità (-0,22%) sull'anno precedente, attestandosi al di sotto del 12%.

La classe 15-64 anni che connota la popolazione in età lavorativa, invece, decresce del -1,5%, mentre quella della fascia della popolazione anziana >=65, che si connota per una strutturale elevata presenza sulla popolazione, aumenta del +3,4%.

Nel particolare, la contrazione della fascia di età dell'infanzia risulta essere omogenea su tutto il territorio, tra il -0,3% e -0,4%, con l'eccezione di Castel del Rio (-0,89%). Di segno opposto risultano i comuni di Mordano,

Dozza e Fontanelice. All'interno della fascia 15-64 anni, in leggero calo sul 2023 (-0,11%) Casalfiumanese, beneficiando di un bacino di popolazione età 15-29 anni in incremento (+0,23%).

In coerenza al fenomeno dell'incremento delle classi anziane, il rapporto/indice di **invecchiamento della popolazione**, nei 10 comuni, nel 2024 ha raggiunto il valore di 214,2 vs il 207,4 del 2023. Ad ogni bambino nella fascia 0-14 corrispondono più di 2 "over 65". Il panorama comunale vede Castel Guelfo mantenere la specificità riscontrata dal 2010 con un indice (167), molto al di sotto di quello medio, a testimoniare un maggiore ricambio generazionale. I comuni di Mordano, Dozza e Medicina, si posizionano in un range tra 180% e 200%. Gli altri comuni mostrano valori sopra la media.



Nel confronto 2024-2019, i comuni che registrano un maggior incremento sono Castel del Rio, Fontanelice, Borgo Tossignano e Casalfiumanese, per effetto dell'incremento della popolazione anziana  $\geq 65$ , all'interno della quale aumentano anche le relative sotto classi  $\geq 75$  anni e quella dei grandi anziani  $\geq 85$ .

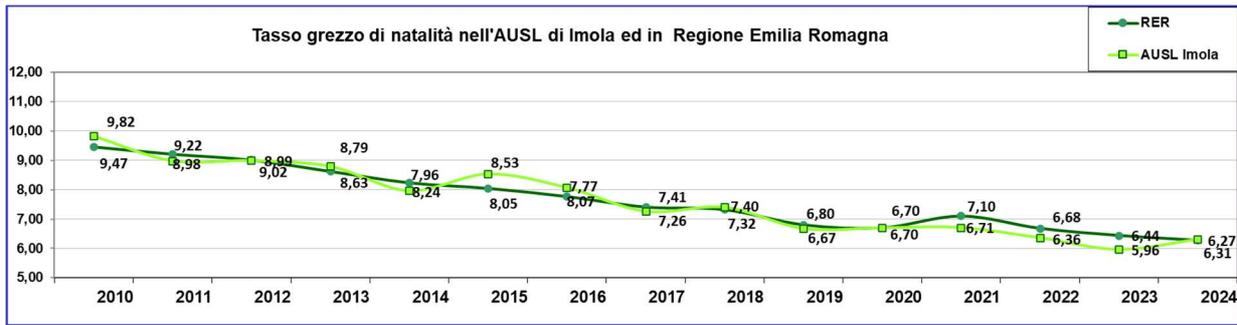
All'interno di questa classe sono 68 gli ultra centenari residenti nel circondario imolese al 31/12/2024.

Nel 2024, il **tasso grezzo di natalità** (nati residenti/media popolazione inizio periodo e fine periodo\*1000), dopo anni di costante decremento, torna a risalire riposizionandosi sopra al 6 ‰.

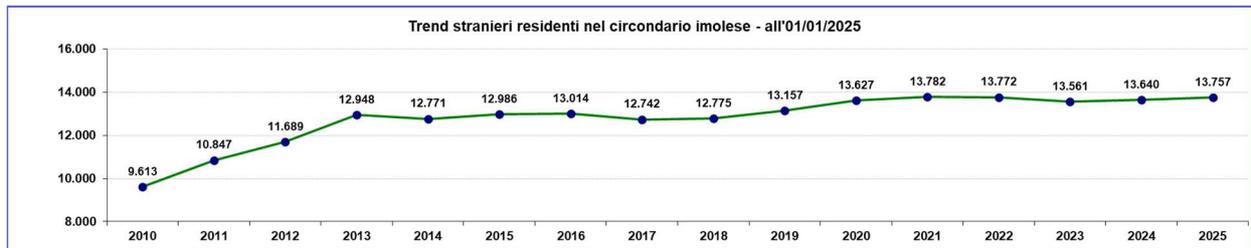
Grazie ad un +46 nati rispetto al 2023, all'interno di un contesto di incremento della popolazione residente di circa 100 unità, la rilevazione al 31/12 vede il tasso al 6,31 ‰.

L'indicatore congiunturale, sembra quindi riallinearsi, rispetto al minimo storico registrato nel 2023. La curva regionale (secondo i primi dati Istat) continua la tendenza al ribasso, attestandosi ad un 6,27 ‰.

Il tasso grezzo di natalità a livello aziendale ha beneficiato della popolazione locale immigrata che è cresciuta di quasi 4 punti %: al 31/12/2024, il 35% dei nati sono figli di madri con cittadinanza non italiana.



La **popolazione straniera**, come già anticipato, nel 2024 consolida l'incremento registrato lo scorso anno. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana, si attesta, all'interno del bacino aziendale su 13.757 unità (dato RER), con un'incidenza del 10,4% sulla popolazione complessiva. Si segnala che nell'ultimo triennio sono state più numerose le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte della popolazione straniera residente (573 nel 2024 - Fonte Città Metropolitana).



I comuni con maggior "richiamo" nel 2024, in linea con gli anni precedenti, risultano: Imola (+39 unità), Medicina (+33) e Mordano e Borgo Tossignano con (+24). In incremento anche Casalfiumanese, mentre Dozza rimane allineata al valore 2023. Tutti gli altri comuni registrano un decremento. Le maggiori incidenze sui residenti rimangono Casalfiumanese (circa il 14%), Castel del Rio (13,1%), Mordano (12,7%) e Borgo Tossignano (12,3%). Per quanto concerne i paesi di origine il più rappresentato è la Romania (1 straniero su 3). In ordine di consistenza si rilevano i seguenti paesi di origine: Marocco (13%), Albania (13%), Ucraina (8%), Pakistan (5%), Tunisia (3,9%) e Cina (3,1%).

## I dati di attività

Si riporta una sintesi dei principali e più importanti dati di attività a rappresentazione dei volumi di produzione realizzati dall'Azienda, per livelli di assistenza e che riguardano il triennio 2022 – 2024.

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

**L'attività di degenza** in regime ordinario, rappresentata in tabella (dati SDO), riporta a confronto l'attività 2024 con l'anno precedente (2023) e l'andamento degli ultimi tre anni (2022 – 2024).

Il numero di casi SDO complessivi nel 2024 vs i casi 2023 rilevano un sostanziale mantenimento in termini di casistica. La degenza media 2024 vs 2023 incrementa, tornando al valore del 2022 (8,13).

<b>DEGENZA ORDINARIA</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>v.a. 2024 vs 2023</b>	<b>% 2024 vs 2023</b>
<b>N° casi (escluso Nido e Montecatone) di cui:</b>	<b>11.714</b>	<b>12.359</b>	<b>12.326</b>	<b>-33</b>	<b>-0,3%</b>
<i>DRG Medici</i>	7.683	8.265	8.271	6	0,1%
<i>DRG Chirurgici</i>	4.031	4.094	4.055	-39	-1,0%
<b>% DRG Medici</b>	<b>65,6%</b>	<b>66,9%</b>	<b>67,1%</b>		<b>0,2%</b>
<b>% DRG Chirurgici</b>	<b>34,4%</b>	<b>33,1%</b>	<b>32,9%</b>		<b>-0,2%</b>
Peso medio DRG	1,080	1,063	1,061	0,00	-0,2%
Punti DRG	12.656,10	13.136,60	13.074,32	-62,3	-0,5%
<b>Degenza media</b>	<b>8,13</b>	<b>7,88</b>	<b>8,13</b>	<b>0,25</b>	<b>3,2%</b>

**L'attività chirurgica.** La tabella sottostante rappresenta l'andamento degli interventi chirurgici di sala operatoria (Registro operatorio) con evidenza del regime di accesso. Il volume di interventi chirurgici 2024 viene mostrato a confronto con l'anno precedente (2023).

Fonte dati: Registro Operatorio	ANNI			Scost. 2024 - 2023	
	2022	2023	2024	v.a.	%
<b>Chirurgia - compresa attività c/o SPDH</b>	<b>1.514</b>	<b>1.439</b>	<b>1.252</b>	<b>-187</b>	<b>-13%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	1.078	1.006	823	-183	-18%
<i>di cui : Day Surgery</i>	392	377	241	-136	-36%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	44	56	188	132	236%
<b>Chirurgia Vascolare</b>	<b>48</b>	<b>68</b>	<b>55</b>	<b>-13</b>	<b>-19%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	5	1	1	0	0%
<i>di cui : Day Surgery</i>	43	64	46	-18	-28%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	0	3	8	5	
<b>Breast Unit</b>	<b>244</b>	<b>216</b>	<b>222</b>	<b>6</b>	<b>3%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	244	216	222	6	3%
<i>di cui : Day Surgery</i>	0	0	0	0	
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	0	0	0	0	
<b>Antalgica</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>-9</b>	<b>-100%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	0	0	0	0	
<i>di cui : Day Hospital</i>	20	9	0	-9	-100%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	0	0	0	0	
<b>Oculistica</b>	<b>1.715</b>	<b>1.788</b>	<b>1.664</b>	<b>-124</b>	<b>-7%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	7	7	8	1	14%
<i>di cui : Day Surgery</i>	228	216	196	-20	-9%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	1.480	1.565	1.460	-105	-7%
<b>Ortopedia</b>	<b>1.521</b>	<b>1.574</b>	<b>1.311</b>	<b>-263</b>	<b>-17%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	1.072	1.093	1.046	-47	-4%
<i>di cui : Day Surgery</i>	223	312	264	-48	-15%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	226	169	1	-168	-99%
<b>Ginecologia - Ostetricia</b>	<b>739</b>	<b>780</b>	<b>712</b>	<b>-68</b>	<b>-9%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	373	475	510	35	7%
<i>di cui : Day Surgery</i>	365	275	202	-73	-27%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	1	30	0	-30	
<b>Otorinolaringoiatria</b>	<b>562</b>	<b>572</b>	<b>455</b>	<b>-117</b>	<b>-20%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	389	478	422	-56	-12%
<i>di cui : Day Surgery</i>	171	91	31	-60	-66%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	2	3	2	-1	
<b>Urologia - compresa attività c/o SPDH</b>	<b>1.018</b>	<b>1.015</b>	<b>1.148</b>	<b>133</b>	<b>13%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	906	923	1.057	134	15%
<i>di cui : Day Surgery</i>	110	89	85	-4	-4%
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	2	3	6	3	
<b>Varie *</b>	<b>200</b>	<b>225</b>	<b>146</b>	<b>-79</b>	<b>-35%</b>
<i>di cui : Ordinario</i>	158	187	146	-41	-22%
<i>di cui : Day Surgery</i>	1	0	0	0	
<i>di cui : Ambulatoriale</i>	41	38	0	-38	
<b>TOTALE</b>	<b>7.581</b>	<b>7.686</b>	<b>6.965</b>	<b>-721</b>	<b>-9,4%</b>
<b>Regime ordinario</b>	<b>4.232</b>	<b>4.386</b>	<b>4.235</b>	<b>-151</b>	<b>-3,4%</b>
<b>Day Surgery/DH</b>	<b>1.553</b>	<b>1.433</b>	<b>1.065</b>	<b>-368</b>	<b>-25,7%</b>
<b>Ambulatoriale</b>	<b>1.796</b>	<b>1.867</b>	<b>1.665</b>	<b>-202</b>	<b>-10,8%</b>

\*comprende gastroscopie – RMN e TC urgenti – FAV

Il totale degli interventi nel 2024 risulta rispetto al 2023 in decremento (-721 interventi; -9,4%), rilevando una riduzione da mettere parzialmente in relazione al contestuale passaggio di setting dalla day surgery all'ambulatoriale erogata presso i **Poliambulatori Chirurgici ospedalieri** che, a fronte di un decremento di sedute presso il Blocco operatorio, rileva un incremento di attività ambulatoriale pari a +184 interventi (+18%), come riporta la tabella sottostante.

POLIAMBULATORI C INTERVENTI AMBULATORIALI	2023	2024	scost. 2024 / 2023	
Chirurgia Generale	451	443	-8	-2%
Otorinolaringoiatria	253	260	7	3%
Ginecologia - Ostetricia	25	77	52	208%
Ortopedia	311	404	93	30%
Urologia	0	40	40	
<b>TOTALE</b>	<b>1.040</b>	<b>1.224</b>	<b>184</b>	<b>18%</b>

L'attività di **Day Service**, per ambiti clinici e disciplina mostra un incremento complessivo del +2% (+40 casi) vs il 2023, confermando il pieno recupero dell'attività. Tale aumento è imputabile in particolare ai casi di Nefrologia, Pediatria e Psichiatria. Si registra, a confronto con l'anno precedente, una flessione di casi in particolare in ambito Internistico (-19%; -102 casi) e di Disturbi Cognitivi (-24%; -55 casi).

DAY SERVICE	N. pazienti trattati			Scost. 2024-2023	
	2022	2023	2024	Var.	Var. %
Chirurgia Imola	160	189	183	-6	-3%
Dipartimento Internistico	377	524	422	-102	-19%
Nefrologia	59	35	54	19	54%
Gastroenterologia	122	138	133	-5	-4%
Disturbi Cognitivi	208	233	178	-55	-24%
Pediatria	340	295	455	160	54%
Psichiatria	308	250	279	29	12%
<b>TOTALE</b>	<b>1.574</b>	<b>1.664</b>	<b>1.704</b>	<b>40</b>	<b>2%</b>

Nell'ambito degli **indicatori di efficienza**, il "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori NSG, mostra il seguente andamento (SIVER): nel 2022 e 2023 il rapporto risultava pari a 0,18 (Risultato atteso  $\leq 0,15$ ), mentre nel 2024 si registra un valore pari a 0,16, uguale al valore medio regionale 2024.

Il **Pronto Soccorso**, che a partire dal 2022 registrava tutti gli anni un incremento di accessi dovuto in particolare alla ripresa post pandemica, nel 2024 rileva un volume di accessi in sostanziale mantenimento, con una variazione del +0,2% (+114 accessi) rispetto al 2023.

A partire dal 2024, come mostra la tabella sottostante, si evidenziano 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. 2024-2023	
Accessi Pronto Soccorso Box	2022	2023	2024	v.a.	%
<b>Pronto Soccorso Generale</b>	33.350	34.332	34.482	150	0,4%
<b>PS Ortopedico</b>	5.155	5.137	4.698	-439	-8,5%
<b>PS Oculistico</b>	2.433	2.848	2.788	-60	-2,1%
<b>PS Pediatrico</b>	4.628	5.000	5.264	264	5,3%
<b>PS Ginecologico</b>	2.379	2.426	2.425	-1	0,0%
<b>FT Chirurgia</b>	0	0	49	49	-
<b>FT Otorino</b>	0	0	131	131	-
<b>FT Urologia</b>	0	0	19	19	-
<b>Totale Accessi PS</b>	<b>47.946</b>	<b>49.745</b>	<b>49.859</b>	<b>114</b>	<b>0,2%</b>

Per quanto riguarda i casi in OBI (Osservazioni Brevi Intensive PS e Pediatria) si confermano, anche in questo caso, volumi in linea con l'anno precedente (+1,1%; 31 casi vs 2023).

Osservazioni Brevi Intensive	2022	2023	2024	v.a.	%
<b>Osservazioni Brevi Intensive PS</b>	1.930	2.166	2.184	18	0,8%
<b>Osservazioni Brevi - Pediatria</b>	488	530	543	13	2,5%
<b>Totale Osservazioni Brevi</b>	<b>2.418</b>	<b>2.696</b>	<b>2.727</b>	<b>31</b>	<b>1,1%</b>

Si riporta l'indice di filtro PS, in base ai dati disponibili su DWH aziendale, calcolato come rapporto tra accessi PS esitati in ricovero su accessi complessivi al PS.

BOX PS: Indice di filtro PS	2022	2023	2024	v.a.	%
Accessi PS	47.946	49.745	49.859	114	0,2%
Ricoveri da PS (diretto + da OBI)	7.114	7.495	7.615	120	1,6%
<b>Indice di filtro PS (ricoveri da PS/accessi)</b>	<b>14,8%</b>	<b>15,1%</b>	<b>15,3%</b>		<b>0,2%</b>

L'indicatore seguente valuta la percentuale di accessi di PS esitati in un ricovero nella stessa struttura o in un'altra struttura regionale.

- (**IND782**) Indice di filtro del PS. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda nel 2024 mostra un indice filtro (16,99) inferiore alla media aziendale degli ultimi tre anni (16,62 nel 2023; 16,25 nel 2022 e 20,60 del 2021). L'indice 2024 regionale risulta pari a 19,34.

La **mobilità passiva infra-RER SDO** complessiva, riferita al 2024, in termini di casi, registra un incremento (+2%), pari a +137 casi rispetto al 2023.

<b>MOBILITA' PASSIVA Degenza ordinaria</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var</b>	<b>Var%</b>
<b>TOTALE:</b>	<b>6.464</b>	<b>6.601</b>	<b>137</b>	<b>2%</b>
<b>di cui PUBBLICO</b>	5.034	5.133	99	2%
<b>di cui PRIVATO</b>	1.430	1.468	38	3%

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

<b>MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline presenti in Azienda</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var</b>	<b>Var%</b>
<b>Urologia</b>	<b>342</b>	<b>292</b>	<b>-50</b>	<b>-15%</b>
<b>Cardiologia</b>	<b>371</b>	<b>327</b>	<b>-44</b>	<b>-12%</b>
<b>Oculistica</b>	<b>148</b>	<b>135</b>	<b>-13</b>	<b>-9%</b>
<b>Ginecologia / Ostetricia</b>	<b>450</b>	<b>425</b>	<b>-25</b>	<b>-6%</b>
<b>Ortopedia</b>	<b>1.288</b>	<b>1.277</b>	<b>-11</b>	<b>-1%</b>
<b>Terapia intensiva</b>	<b>87</b>	<b>74</b>	<b>-13</b>	<b>-15%</b>
<b>Nefrologia</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>-6</b>	<b>-32%</b>
<b>Neurologia</b>	<b>88</b>	<b>86</b>	<b>-2</b>	<b>-2%</b>
<b>Recupero riabilitazione</b>	<b>80</b>	<b>61</b>	<b>-19</b>	<b>-24%</b>
<b>Gastroenterologia</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>48%</b>
<b>Chirurgia Generale</b>	<b>683</b>	<b>800</b>	<b>117</b>	<b>17%</b>
<b>ORL</b>	<b>242</b>	<b>282</b>	<b>40</b>	<b>17%</b>
<b>Psichiatria</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>106%</b>
<b>Lungodegenza</b>	<b>64</b>	<b>76</b>	<b>12</b>	<b>19%</b>
<b>Pneumologia</b>	<b>120</b>	<b>137</b>	<b>17</b>	<b>14%</b>
<b>Pediatria</b>	<b>154</b>	<b>169</b>	<b>15</b>	<b>10%</b>
<b>Geriatrics</b>	<b>37</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>8%</b>
<b>Medicina Generale</b>	<b>309</b>	<b>308</b>	<b>-1</b>	<b>0%</b>
<b>Oncologia</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>12</b>	<b>22%</b>

La **mobilità attiva SDO infra-RER** nel 2024, a confronto col 2023, presenta una dinamica in decremento (-5%; -138 casi). Le principali variazioni vengono rappresentate nella Tabella che segue.

<b>MOBILITA' ATTIVA Degenza ordinaria</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var</b>	<b>Var%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.552</b>	<b>2.414</b>	<b>-138</b>	<b>-5%</b>
<b>Principali andamenti per discipline presenti in Azienda</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var</b>	<b>Var%</b>
<b>UROLOGIA</b>	<b>277</b>	<b>377</b>	<b>100</b>	<b>36%</b>
<b>GERIATRIA</b>	<b>86</b>	<b>98</b>	<b>12</b>	<b>14%</b>
<b>OCULISTICA</b>	<b>90</b>	<b>86</b>	<b>-4</b>	<b>-4%</b>
<b>ONCOLOGIA</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>-2</b>	<b>-9%</b>
<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>353</b>	<b>318</b>	<b>-35</b>	<b>-10%</b>
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	<b>236</b>	<b>216</b>	<b>-20</b>	<b>-8%</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>156</b>	<b>144</b>	<b>-12</b>	<b>-8%</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>64</b>	<b>53</b>	<b>-11</b>	<b>-17%</b>
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>58</b>	<b>43</b>	<b>-15</b>	<b>-26%</b>
<b>LUNGODEGENZA</b>	<b>65</b>	<b>40</b>	<b>-25</b>	<b>-38%</b>
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	<b>387</b>	<b>300</b>	<b>-87</b>	<b>-22%</b>
<b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>	<b>200</b>	<b>169</b>	<b>-31</b>	<b>-16%</b>

## ASSISTENZA TERRITORIALE

Gli interventi che hanno caratterizzato 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**.

In riferimento alla **specialistica ambulatoriale per esterni** (fonte DWH aziendale) nella tabella si rappresenta la produzione complessiva aziendale 2024, a confronto con l'anno 2023, rilevando una produzione in incremento di +3.799 prestazioni, pari a +0,2%.

Numero prestazioni erogate in regime SSN e paganti in proprio (no Libera professione)				2024 VS 2023	
Dipartimento	2022	2023	2024	Var	Var%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	78.225	84.272	<b>86.266</b>	<b>1.994</b>	<b>2,4%</b>
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	208.369	224.972	<b>218.488</b>	<b>-6.484</b>	<b>-2,9%</b>
DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO	182.554	183.927	<b>185.637</b>	<b>1.710</b>	<b>0,9%</b>
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	1.718.501	1.752.383	<b>1.755.977</b>	<b>3.594</b>	<b>0,2%</b>
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	2.122	2.804	<b>3.120</b>	<b>316</b>	<b>11,3%</b>
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE	465	476	<b>551</b>	<b>75</b>	<b>15,8%</b>
DISTRETTO (Programmi Int. Anziani - Disturbi cognitivi)	14.263	18.667	<b>19.316</b>	<b>649</b>	<b>3,5%</b>
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITA' INTEGRATA ANATOMIA PATOLOGICA	13.350	12.411	<b>13.347</b>	<b>936</b>	<b>7,5%</b>
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA	4.506	4.487	<b>5.496</b>	<b>1.009</b>	<b>22,5%</b>
<b>TOTALE GENERALE (compreso PS)</b>	<b>2.222.355</b>	<b>2.284.399</b>	<b>2.288.198</b>	<b>3.799</b>	<b>0,2%</b>

A fronte delle criticità riscontrate nel 2023 sulla contrazione della capacità produttiva, il livello regionale per il 2024 pone come prioritario, al fine di **garantire i tempi di attesa**, l'obiettivo di incrementare il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per soddisfare il fabbisogno e contemporaneamente garantire la continuità assistenziale, secondo le indicazioni della **DGR n. 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". Per l'anno 2024, erano stati posti i seguenti obiettivi: Incremento di produzione, Standard tempi di attesa, Presa in carico e Continuità di prenotazione sulle Agende.

Particolare impegno è stato rivolto dall'Azienda all'attuazione del **Piano Straordinario di produzione** di cui alla DGR 620/2024 che ha costituito uno dei principali obiettivi di intervento, perseguito mediante attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato.

Gli interventi attuati hanno consentito di aumentare la produzione complessiva, da pubblico e da privato, per "visite" e "diagnostica" rispetto al 2023, 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.

Il Piano di Produzione aziendale elaborato evidenziava l'incremento di visite e di diagnostica strumentale e le relative modalità organizzative ed è stato inviato con nota in atti prot. 0015388 del 9/05/2024.

L'AUSL di Imola ha registrato un incremento complessivo (Diagnostica e Visite) in ambito privato e pubblico pari a +4,77%. L'incremento dei volumi di committenza verso il privato accreditato con strutture del territorio di Imola e di Bologna, ha registrato un incremento per "visite" del +22,70% e per "diagnostica" del +24,45%. Sul fronte dell'attività resa da pubblico è stata potenziata in particolare l'offerta volta a garantire le visite specialistiche che registrano un aumento del +2,5% rispetto al 2023.

**MONITORAGGIO PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA cfr 2024 -2023**

dati di attività GENNAIO DICEMBRE 2024 (consolidato senza mobilità passiva)

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
<b>D-Diagnostica</b>	<b>152.144</b>	<b>159.616</b>	<b>7.472</b>	<b>4,91%</b>
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	98.104	92.363	-5.741	-5,85%
<b>V-Visite</b>	<b>129.086</b>	<b>135.019</b>	<b>5.933</b>	<b>4,60%</b>
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	115.679	118.568	2.889	2,50%
<b>Totale complessivo</b>	<b>281.230</b>	<b>294.635</b>	<b>13.405</b>	<b>4,77%</b>

Focalizzando l'analisi solo sulle prestazioni erogate alla popolazione residente dell'AUSL di Imola si rileva complessivamente un maggiore incremento (+7,05%); in particolare, nell'erogazione delle visite in ambito pubblico si rileva un incremento pari a n. +6.112 prestazioni (+6,09%).

**Attività erogata solo per residenti Imolesi**

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
<b>D-Diagnostica</b>	<b>141.810</b>	<b>150.678</b>	<b>8.868</b>	<b>6,25%</b>
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	87.770	83.425	-4.345	-4,95%
<b>V-Visite</b>	<b>113.840</b>	<b>122.996</b>	<b>9.156</b>	<b>8,04%</b>
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	100.433	106.545	6.112	6,09%
<b>Totale complessivo</b>	<b>255.650</b>	<b>273.674</b>	<b>18.024</b>	<b>7,05%</b>

Da fonte **Banca dati ASA Regionale**, si riporta, nella tabella sottostante, la produzione di specialistica ambulatoriale che confluisce nel flusso ASA in base ai criteri regionali, rappresentati secondo l'aggregazione di I livello delle prestazioni prodotte dall'AUSL di Imola nel 2024.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER ESTERNI Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	2022	2023	2024	Var. 2024 / 2023	
	N.ro	N.ro	N.ro	Val	%
<b>D-Diagnostica</b>	177.397	191.698	<b>185.583</b>	<b>-6.115</b>	<b>-3,2%</b>
<b>L-Laboratorio</b>	1.421.372	1.418.603	<b>1.444.488</b>	<b>25.885</b>	<b>1,6%</b>
<b>R-Riabilitazione</b>	35.498	15.720	<b>10.675</b>	<b>-5.045</b>	<b>-69,9%</b>
<b>T-Terapeutica</b>	56.530	58.879	<b>67.170</b>	<b>8.291</b>	<b>18,8%</b>
<b>V-Visite</b>	134.155	146.703	<b>152.173</b>	<b>5.470</b>	<b>13,4%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.824.952</b>	<b>1.831.603</b>	<b>1.860.089</b>	<b>28.486</b>	<b>1,9%</b>

La **Mobilità Passiva ASA infra-RER** evidenzia, nel 2024, un incremento complessivo pari a +9,8% (+29.629 prestazioni) rispetto al 2023. In ambito Pubblico l'incremento risulta pari a +9,1% (+25.118 prestazioni); in ambito privato l'incremento è del +18,2% (+4.511 prestazioni).

I dati riportati in tabella sono tratti da ReportER Home (Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna).

<b>MOBILITA' PASSIVA Specialistica Ambulatoriale</b> Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var 2024 vs 2023</b>	
<b>TOTALE complessivo</b>	275.875	302.071	<b>331.700</b>	<b>29.629</b>	<b>9,8%</b>
<b>Mobilità passiva per Ambiti</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var 2023 vs 2022</b>	
<b>TOTALE Ambito Pubblico</b>	258.301	277.297	<b>302.415</b>	<b>25.118</b>	<b>9,1%</b>
<b>TOTALE Ambito Privato</b>	17.574	24.774	<b>29.285</b>	<b>4.511</b>	<b>18,2%</b>

**Assistenza farmaceutica.** La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2024, sulla base dei flussi informativi, è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2023 e alla media regionale.

La programmazione regionale per la **spesa farmaceutica convenzionata netta** è stata definita prevedendo un obiettivo di spesa per l'AUSL di Imola, assegnato con nota RER prot. 16.5.2024 0501825.U, in atti prot. 16374 del 17.5.2024, pari ad un valore complessivo di € 16.989.679 corrispondente ad un +4,69% in confronto al consuntivo 2023.

**SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2024 - 2023 A CONFRONTO**

<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA</b> (Fonte dati: Reportistica RER)	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>var % 2024 - 2023</b>	<b>var % Media RER 2024 - 2023</b>
<b>Farmaceutica convenzionata</b>	€ 16.560.066	€ 16.246.512	€ 17.169.448	5,7%	6,9%
<b>Acquisto Ospedaliero</b> (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 23.974.373	€ 25.967.507	€ 29.178.363	12,4%	11,7%
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA</b>	<b>€ 40.534.439</b>	<b>€ 42.214.019</b>	<b>€ 46.347.811</b>	<b>9,8%</b>	
<b>Acquisto Ospedaliero</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>var % 2024 - 2023</b>	<b>var % Media RER 2024 - 2023</b>
<b>Totale Acquisto Ospedaliero</b>	<b>€ 23.974.373</b>	<b>€ 25.967.507</b>	<b>€ 29.178.363</b>	<b>12,4%</b>	<b>11,7%</b>
<i>di cui</i>					
Consumi interni e Diretta Fasce H - C	€ 14.702.316	€ 16.170.397	€ 18.172.955	12,4%	11,4%
Erogazione diretta di Fascia A	€ 9.272.057	€ 9.797.110	€ 11.005.408	12,3%	12,4%
<b>Spesa Convenzionata netta pro capite pesata</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>var % 2024 - 2023</b>	<b>var 2024-2023</b>
Spesa netta pro capite pesata	€ 123,34	€ 121,09	€ 127,65	5,42%	€ 6,56
Media RER	€ 111,20	€ 113,09	€ 120,56	6,61%	€ 7,47
Scostamento Imola da media regionale	€ 12,14	€ 8,00	€ 7,09	-11,38%	-€ 0,91
<b>Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>var % 2024 - 2023</b>	<b>var 2024-2023</b>
Spesa pro capite pesata	€ 192,40	€ 194,11	€ 209,47	7,9%	15,36
Media RER	€ 192,76	€ 200,33	€ 218,30	9,0%	17,97
Scostamento da media regionale	<b>-€ 0,36</b>	<b>-€ 6,22</b>	<b>-€ 8,83</b>	42%	-2,61

Il consuntivo 2024 dell'AUSL di Imola registra un incremento della spesa convenzionata netta del +5,7% rispetto all'esercizio 2023, pari a € +922.936. A livello regionale si registra un aumento medio complessivo del +6,9%. Si evidenzia che il valore di spesa della convenzionata 2024 comprende, fin dalla programmazione, la spesa derivante dal nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati SSN, di cui alla Legge di bilancio n. 213/2023. Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato dalla Regione, si rileva uno scostamento pari a € +179.769 (+1,06%) derivante dall'ingresso in convenzionata dei farmaci "gliptine" in precedenza compresi nella distribuzione diretta "per conto".

Con DGR 945 del 27/5/2024, relativa alla programmazione dell'esercizio, l'obiettivo di spesa per l'Acquisto Ospedaliero dei Farmaci assegnato all'AUSL di Imola è stato quantificato sulla base dei dati derivanti dai flussi informativi ed ammontava a € 28.153.624, che rispecchia un valore di incremento rispetto al 2023 nella misura di € +2.186.117. Il consuntivo 2024 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta pari a € 29.178.363, corrispondente a +12,4%, pari a € +3.210.856 rispetto al 2023; a livello regionale si registra un aumento complessivo medio del +11,7%.

La variazione di spesa deriva dal maggiore assorbimento di spesa di alcuni determinanti principalmente correlati a farmaci per pazienti presi in carico ed in distribuzione diretta nonché per malattie rare.

**Assistenza infermieristica domiciliare.** La Tabella mostra il numero di pazienti presi in carico, gli accessi e le prestazioni erogate (dati che comprendono anche le prestazioni occasionali). I pazienti presi in carico, nel 2024, registrano un incremento rispetto al 2023 (+5,8%; +353 pazienti) a fronte di un lieve calo degli accessi e della media di accessi per paziente (11 vs 10,4).

Il volume di prestazioni erogate in assistenza domiciliare risulta in incremento rispetto al 2023 (+2,4%; +3.113 prestazioni) in coerenza all'aumento dei pazienti in carico.

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: 2024 - 2022 A CONFRONTO**

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
<b>PAZIENTI IN CARICO</b>	6.994	6.099	<b>6.452</b>	<b>353</b>	<b>5,8%</b>
<b>A ACCESSI INFERMIERISTICI</b>	61.579	67.446	<b>67.150</b>	<b>-296</b>	<b>-0,4%</b>
<b>A ACCESSI INFERMIERISTICI MEDI PER PAZIENTE</b>	<i>8,8</i>	<i>11,1</i>	<i>10,4</i>	<b>-0,7</b>	<b>-5,9%</b>
<b>PRESTAZIONI EROGATE</b>	122.258	128.515	<b>131.628</b>	<b>3.113</b>	<b>2,4%</b>

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).

ADI 2024 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA SOCIO- SANTARIA		CURE PALLIATIVE DI BASE		CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
<b>AUSL DI IMOLA</b>	970	<b>11,5%</b>	5.705	<b>67,6%</b>	1.564	<b>18,5%</b>	171	<b>2,0%</b>	33	<b>0,4%</b>	<b>8.443</b>	<b>100%</b>
<b>TOTALE RER</b>	35.958	<b>19,4%</b>	114.716	<b>61,8%</b>	24.101	<b>13,0%</b>	7.754	<b>4,2%</b>	3.002	<b>1,6%</b>	<b>185.531</b>	<b>100%</b>

ADI 2024 Episodi per Livello di assistenza	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
<b>AUSL DI IMOLA</b>	5.309	<b>62,9%</b>	1.098	<b>13,0%</b>	2.036	<b>24,1%</b>	<b>8.443</b>	<b>100%</b>
<b>TOTALE RER</b>	130.503	<b>70,3%</b>	34.962	<b>18,8%</b>	20.066	<b>10,8%</b>	<b>185.531</b>	<b>100%</b>

Si riporta, inoltre, 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.

- **(IND907)** Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI – PNRR. Target AUSL di Imola: > 6.000.

L'AUSL di Imola registra una percentuale, nel 2024, pari al 18,05% (6.027 pazienti su 33.385) vs 18,02% del 2023 (2022: 17,23%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,51%.

**Ospedale di Comunità (OSCO).** L'Ospedale di Comunità (OSCO) di Castel S. Pietro Terme è una Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI), ubicato all'interno della Casa della Comunità, dove trova collocazione anche l'Hospice Territoriale (HT).

La Tabella sui volumi e i dati di attività relativi al 2024 vs 2023, mostra un decremento di casi trattati (-32,6%; -141 casi) e di giornate di degenza (-23%; 2.086 giornate), in coerenza con il decremento dei PL. La degenza media incrementa (21 vs 24 giornate) come l'indice di occupazione (90,1% vs 98,3%).

**OSPEDALE DI COMUNITA' (SRCI) DI CSPT: 2024 - 2022 A CONFRONTO**

OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI)	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
<b>Posti letto</b>	36	36	<b>21</b>	<b>-15</b>	<b>-41,7%</b>
<b>Casi trattati</b>	465	432	<b>291</b>	<b>-141</b>	<b>-32,6%</b>
<b>Degenza media</b>	21,4	21,0	<b>24,0</b>	<b>3,0</b>	<b>14,3%</b>
<b>Giornate di degenza</b>	9.941	9.065	<b>6.979</b>	<b>-2.086</b>	<b>-23,0%</b>
<b>Tasso occupazione media</b>	87,9%	90,1%	<b>98,3%</b>		<b>-8,2%</b>

**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 affetti da malattie gravi e incurabili che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

In Tabella i volumi, relativi al 2024 vs 2023, mostrano un decremento di casi trattati (-19,6%; -39 casi), con una degenza media in aumento: da 19,4 a 22,1. Si registra, in coerenza, un calo delle giornate complessive di degenza (-8,2%; -315 giornate) e un mantenimento del tasso medio di occupazione.

**HOSPICE TERRITORIALE DI CSPT: 2024 - 2022 A CONFRONTO**

HOSPICE TERRITORIALE CSPT	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
<b>Posti letto</b>	12	12	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>Casi trattati</b>	212	199	<b>160</b>	<b>-39</b>	<b>-19,6%</b>
<b>Degenza media</b>	19,3	19,4	<b>22,1</b>	<b>2,7</b>	<b>13,9%</b>
<b>Giornate di degenza</b>	4.087	3.853	<b>3.538</b>	<b>-315</b>	<b>-8,2%</b>
<b>Tasso occupazione media</b>	93,3%	88,0%	<b>88,8%</b>		<b>-0,8%</b>

**Psichiatria Adulti.** A partire dal 2023, l'AUSL di Imola ha avviato una riorganizzazione, in termini di gestione ed utilizzo dell'offerta complessiva della rete delle residenzialità psichiatriche, in base ad un'analisi di fattibilità sulla rimodulazione delle strutture residenziali.

I trattamenti in **strutture residenziali** rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche. Nel 2024, è proseguita l'attenzione da parte del DSM all'approccio alla residenzialità, in un'ottica di comunità, incrementando esperienze innovative per favorire una sempre maggiore 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, Dipendenze patologiche e NPIA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Tale percorso, in Azienda, ha portato alla rimodulazione dell'offerta territoriale mediante 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.

Sotto il profilo della degenza ospedaliera ordinaria (SPDC) si osserva un incremento di casi trattati rispetto al 2023 (+22%; +62 casi) e un calo della degenza media ordinaria (-1,4 giornate medie). Il tasso di occupazione PL ordinari presso SPDC mostra un positivo incremento.

**PSICHIATRIA ADULTI SPDC: 2024 - 2022**

<b>PSICHIATRIA ADULTI - SPDC</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Casi trattati in degenza ordinaria</b>	<b>290</b>	<b>282</b>	<b>344</b>	<b>62</b>	<b>22%</b>
Degenza media in regime ordinario	12,8	14,0	12,7	-1,4	-10%
Tasso occupazione PL ordinari	78%	83%	88,0%		5%

**Psichiatria Adulti Territoriale.** Sul versante territoriale della Psichiatria Adulti, i dati rilevano un incremento di utenti presi in carico dal CSM pari a +5,3% (+147 casi). La tendenza in decremento di pazienti in Day Service registrato negli ultimi anni, nel 2024 vs 2023 riflette un'inversione registrando un incremento, per effetto degli interventi che sono stati introdotti per migliorare l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni di Day service. Il dato estratto dal nuovo applicativo "CURE" corrisponde agli accessi in regime di day service. Le prestazioni erogate complessivamente in ambito territoriale mostrano un incremento pari a +4,7% (+2.352 prestazioni) rispetto al 2023, in coerenza con l'incremento degli utenti in carico.

**PSICHIATRIA ADULTI TERRITORIALE: 2024 - 2022**

<b>PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Utenti CSM</b>	<b>2.933</b>	<b>2.778</b>	<b>2.925</b>	<b>147</b>	<b>5,3%</b>
Casi Day Hospital Territoriale	53	58	<b>47</b>	<b>-11</b>	<b>-19%</b>
Interventi di crisi in DHT	141	116	<b>272</b>	<b>156</b>	<b>134%</b>
Utenti c/o Centro Diurno	31	41	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
Nuovi utenti presi in carico	391	468	<b>478</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>
Dimessi	1.673	1.434	<b>1.313</b>	<b>-121</b>	<b>-8%</b>
<b>Pazienti in Day Service</b>	<b>237</b>	<b>188</b>	<b>258</b>	<b>70</b>	<b>37%</b>
<b>PRESTAZIONI EROGATE</b>	<b>50.158</b>	<b>49.753</b>	<b>52.105</b>	<b>2.352</b>	<b>4,7%</b>

In riferimento ai **Budget di Salute**, nell'ambito della Psichiatria Adulti Territoriale, si registra una significativa tendenza all'aumento negli ultimi tre anni: 46 BdS nel 2022, 53 BdS nel 2023 e nel 2024: 65 Budget di salute.

**Neuropsichiatria Infantile.** In questo ambito è stato registrato un andamento in incremento negli ultimi cinque anni che ha visto, in particolare, il potenziamento degli interventi nell'ambito del Programma Regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (PRIA) su finanziamento regionale riguardante l'Autismo. Tale tendenza mostra un'inversione nel 2024, con gli utenti in carico che calano rispetto al 2023 del -11% (-333 utenti). Le prestazioni in termini di volumi erogati, registrano invece un incremento del +12,5% (+4.307 prestazioni).

**NPIA: 2024 - 2022**

<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Utenti in carico</b>	<b>2.748</b>	<b>3.055</b>	<b>2.722</b>	<b>-333</b>	<b>-10,9%</b>
Nuovi utenti presi in carico	707	872	840	-32	-3,7%
<b>Prestazioni erogate</b>	<b>32.898</b>	<b>34.503</b>	<b>38.810</b>	<b>4.307</b>	<b>12,5%</b>

L'area **Dipendenze Patologiche** registra, nel 2024, un incremento di utenti (+3%; +36 casi) con un volume complessivo di prestazioni erogate pressoché in linea con l'anno precedente.

In ambito di semiresidenzialità, presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno), si registra un incremento di 2 utenti, un numero di giornate di degenza praticamente invariato, con un lieve aumento dei dimessi. Nel 2024 gli utenti inseriti in percorsi di **Budget di salute** sono stati n.ro 8, +2 rispetto al 2023.

**DIPENEDENZE PATLOGICHE: 2024 - 2022**

<b>DIPENEDENZE PATLOGICHE</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Utenti in carico</b>	<b>1.220</b>	<b>1.262</b>	<b>1.298</b>	<b>36</b>	<b>2,9%</b>
Nuovi utenti presi in carico	280	311	339	28	9,0%
Prime visite	455	482	499	17	3,5%
<b>Prestazioni erogate</b>	<b>34.736</b>	<b>35.036</b>	<b>35.132</b>	<b>96</b>	<b>0,3%</b>
<b>Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore</b>					
<b>Utenti nell'anno</b>	<b>79</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>2,4%</b>
Nuovi utenti presi in carico	42	47	48	1	2,1%
Giornate di degenza	4.628	4.682	4.681	-1	-0,02%
Dimessi	40	44	47	3	6,8%

**Consultorio Familiare.** Per quanto riguarda il monitoraggio dei dati di attività si precisa che, da marzo 2024 il Servizio Consultorio Familiare ha dismesso il vecchio applicativo gestionale sostituito con un nuovo applicativo. A questo proposito si deve tenere conto che i dati relativi agli utenti in carico e agli accessi nel 2024 non sono ancora rappresentativi del reale carico di attività, in quanto il Servizio a fronte di specifiche richieste di correttivi alla ditta del nuovo SW per omologare i criteri a quelli del vecchio SW sta attendendo specifiche modifiche da parte della nuova ditta SW per una rilevazione più aderente.

Posto quanto sopra, si osserva per quanto riguarda gli utenti in carico nel 2024 presso il Consultorio, un incremento significativo rispetto all'anno precedente (+28%). Per quanto riguarda gli accessi si registra invece un decremento (-36%), come per le prestazioni individuali e di gruppo erogate (-20%). Il calo degli accessi al Consultorio Familiare è spiegabile in funzione dell'ammancio di ore di personale: ginecologhe e psicologhe nell'anno 2024.

**CONSULTORIO FAMILIARE: 2024 - 2023 A CONFRONTO**

<b>UTENTI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>TOTALE Utenti in carico</b>	<b>8.202</b>	<b>10.513</b>	<b>2.311</b>	<b>28,2%</b>
Consultorio familiare	6.632	7.215	583	8,8%
Spazio donne immigrate e loro bambini	37	488	451	1218,9%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	813	1.529	716	88,1%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	720	1.281	561	77,9%
<b>ACCESSI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>TOTALE Accessi</b>	<b>29.653</b>	<b>19.069</b>	<b>-10.584</b>	<b>-35,7%</b>
Consultorio familiare	24.294	14.401	-9.893	-40,7%
Spazio donne immigrate e loro bambini	190	762	572	301,1%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	3.465	2.103	-1.362	-39,3%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	1.704	1.803	99	5,8%
<b>PRESTAZIONI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>TOTALE Prestazioni</b>	<b>31.984</b>	<b>25.662</b>	<b>-6.322</b>	<b>-19,8%</b>
Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie)	31.571	25.465	-6.106	-19,3%
Prestazioni di gruppo (gruppi di persone)	413	197	-216	-52,3%
<b>PRESTAZIONI INDIVIDUALI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Prestazioni individuali per Tipo Operatore</b>	<b>31.571</b>	<b>25.455</b>	<b>-6.116</b>	<b>-19,4%</b>
GINECOLOGA/O	12.664	8.366	-4.298	-33,9%
OSTETRICA/O	14.379	12.196	-2.183	-15,2%
PSICOLOGA/O	4.528	3.342	-1.186	-26,2%
ALTRO (OSS) da marzo 2024	-	1.551		

L'attività medico ostetrico-ginecologica, nella tabella seguente, mostra un volume complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni in decremento, con particolare riferimento a: Ecografie (-50%), prime visite (-51%) e visite di controllo (-87%). Calano anche le prestazioni Valutazioni esami (-58%).

**ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA**

<b>Specialistica ambulatoriale per esterni</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Ecografia	2.770	1.384	-1.386	-50%
Altre prestazioni Terapeutiche	155	172	17	11%
Prima visita	4.888	2.411	-2.477	-51%
Visita di controllo	2.048	257	-1.791	-87%
Non codificata: "Valutazione esami"	448	186	-262	-58%

La tabella sotto riportata evidenzia il dettaglio dell'attività delle Ostetriche in riferimento al "Sostegno al puerperio" e l'attività di assistenza alla gravidanza da parte del personale ostetrico.

**ATTIVITA' OSTETRICHE**

<b>Sostegno al puerperio</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Accessi a domicilio	110	48	-62	-56%
Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	152	610	458	301%
Accessi puerpere ambulatorio consultoriale	1.406	841	-565	-40%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	496	770	274	55%
Puerpere Totali contattate alla dimissione	657	935	278	42%
Pronto latte (n° telefonate)	1.330	221	-1.109	-83%
<b>Assistenza in gravidanza</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA	257	239	-18	-7%
Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA	805	444	-361	-45%

## 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, nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica, 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.

Nel 2024, è proseguita l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefinitivi del 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).

Si richiama, inoltre, l'attuazione degli interventi nell'ambito 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.

**Programmi regionali di screening.** Nel 2023 è stata cambiata la modalità di invito a partecipare ai Programmi di Screening per tutti i cittadini, sostituendo le consuete lettere di invito in formato cartaceo, recapitate a casa, con inviti inoltrati esclusivamente su FSE per tutti i cittadini in possesso e che abbiano prestato il consenso all'invio della documentazione in formato digitale. Nei primi mesi dopo l'implementazione della nuova modalità di invito l'adesione ai programmi di Screening ha subito una flessione, poiché molti cittadini non avevano recepito la presenza dell'invito su FSE. Per veicolare meglio il messaggio è stato, pertanto, affiancato agli inviti su FSE l'invio di SMS, per ricordare con un anticipo di 7 giorni l'appuntamento prefissato (Programmi delle Cervice Uterina e della Mammella).

Il programma di screening della Cervice Uterina si è riportato in tempi rapidi ai consueti livelli di adesione, il programma della mammella invece risultava ancora inferiore alla media regionale per cui sarà oggetto di valutazione una diversa modalità di invito.

Nel corso del 2024 i dati di estensione di tutti i Programmi di screening sono buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale, in particolare, in riferimento ai tassi di adesione. Su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025) vengono monitorati i seguenti obiettivi sui «Programmi di screening oncologici»:

- (**IND761**) Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target:  $\geq 70\%$ .

Nel 2024, l'Azienda riporta una % pari al 68,29% vs 67,06% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 72,87%.

- (**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 rileva un valore 2024 pari a 66,11 vs 66,11% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 66,53%.

- (**IND763**) Screening colorettaile: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target:  $\geq 50\%$ .

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 54,54% vs 53,10% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 52,78%.

**Igiene e sanità pubblica.** Si riporta in tabella il dettaglio dell'attività ordinaria 2024 vs 2023 di Prevenzione delle Malattie Infettive.

<b>Igiene e Sanità Pubblica: confronto 2024 - 2023</b>				
<b>ATTIVITA'</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Attività di Prevenzione Malattie Infettive</b>				
Vaccinazioni	15.331	12.146	-3.185	-20,8%
Consulenze viaggiatori internazionali	279	481	202	72,4%
Indagini epidemiologiche	1.508	367	-1.141	-75,7%
Notifiche malattie infettive	3.085	1.034	-2.051	-66,5%
<b>Attività medico-legali di 1° livello</b>				
Visite e certificazioni medico legali	1.665	1.578	-87	-5,2%
Accertamenti necroscopici	977	675	-302	-30,9%
Attestati di formazione alimentaristi	368	675	307	83,4%
<b>Attività di controllo della TBC</b>				
Visite tisiatriche	75	56	-19	-25,3%
<b>Attività medico-sportiva</b>				
Visite mediche	701	855	154	22,0%

Nel 2023 era stato rilevato un significativo incremento dell'attività di vaccinazione ordinaria che, venuta meno la gestione straordinaria della pandemia, ha registrato un aumento dei volumi superiore al periodo precedente la pandemia, evidenziando pertanto l'importante azione di recupero che si è concentrata in particolare nel 2023 (15.331 vs 6.596 del 2022). Nel 2024 si registra un decremento fisiologico e dovuto al recupero sopra richiamato. L'attività di formazione per alimentaristi, che nel 2023 rilevava un aumento significativo rispetto al periodo della pandemia, nel 2024 registra un calo di assestamento rispetto al 2023. Incrementa invece l'erogazione di visite medico sportive.

Nell'ambito dell'attività Medico Legale Collegiale si registra una contrazione di campioni di alimenti, determinato dalla programmazione RER. Rispetto a tale programmazione sono stati prelevati il 99% dei campioni per il 2024. In riferimento agli accessi in riduzione per quanto concerne l'Abitato si fa riferimento al riorientamento delle risorse nel corso del 2024 verso attività inerenti Commissioni autorizzative.

ATTIVITA'	2023	2024	Var. ass.	Var. %
<b>Campioni</b>				
Alimenti	193	145	-48	-24,9%
Piscine, balneazione, terme	248	192	-56	-22,6%
Acqua potabile / tamponi	694	723	29	4,2%
<b>Accessi</b>				
Alimenti	530	595	65	12,3%
Abitato	227	200	-27	-11,9%
integrate con S.Vet.	119	79	-40	-33,6%
Pareri su igiene alimenti	244	209	-35	-14,3%
Pareri su igiene abitato + NIP	235	247	12	5,1%
<b>Partecipazione a commissioni</b>				
Conferenze di servizio e commissioni	795	1.286	491	61,8%
<b>Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione</b>				
Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore)	150	180	30	20,0%
<b>Totale prestazioni</b>	<b>27.344</b>	<b>21.601</b>	<b>-5.743</b>	<b>-21,0%</b>
<b>Totale prestazioni "pesate"(ore)</b>	<b>28.403</b>	<b>21.950</b>	<b>-6.453</b>	<b>-22,7%</b>
<b>Ispezioni per 10 mila abitanti</b> Area Ambienti confinanti	<b>17,1%</b>	<b>15,1%</b>		<b>-2%</b>
<b>% Aderenza Piani regionali campionamento</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>		<b>1,0%</b>

Le dinamiche sopra esposte hanno determinato un saldo in decremento sul totale complessivo delle prestazioni erogate (2024: 21.601 vs 27.344 2023) con una riduzione pari a -21%.

Tale riduzione è riconducibile ad alcune attività che hanno risentito della carenza di risorse mediche nei primi mesi dell'anno (2 unità di personale per pensionamento/dimissione e una assenza prolungata) e della successiva necessità di formazione delle 2 risorse sopraggiunte in quanto medici in formazione specialistica.

**Vaccinazioni infantili e per adulti.** Le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Nel 2024, in continuità con l'anno precedente, viene garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie per l'invio, delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT). Si è provveduto, inoltre, a correggere manualmente i warning relativi ad errori di inserimento e si stanno elaborando delle modalità di correzione massiva relativa ad errori che non dipendono da operatori aziendali, ma da MMG/PLS ed enti fuori territorio.

In riferimento al monitoraggio del NSG, si riportano gli indicatori sulle **coperture vaccinale pediatriche**, monitorati su piattaforma **SIVER**.

- **(P02C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: >= STD RER.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2024 pari a 94,36% vs 95,66% del 2023. La copertura media RER risulta di 96,49%.

- **(P01C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: >= STD RER.

L'Azienda ha garantito l'effettuazione regolare della programmazione delle sedute vaccinali rispettando il target di copertura. Nel 2024 risulta pari al 94,25% vs 95,44% del 2023. La media regionale risulta di 96,68%.

- **(P04C)** Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: >= STD RER.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2024 pari a 88,15% vs 91,65% nel 2023 e 91,70% nel 2022. La media regionale risulta pari a 91,80%.

Per quanto concerne le **coperture vaccinali adulti**, si riportano gli esiti dei seguenti indicatori provenienti da fonte interna aziendale:

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target:  $\geq 60\%$ .

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 494 (27,05%) hanno ricevuto almeno una dose di pneumococco. La percentuale è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 19% della coorte), pur non essendo stato raggiunto il target. Si fa presente che si tratta di una campagna vaccinale congiunta con gli MMG.

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target:  $\geq 40\%$ .

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 508 (27,82%) hanno ricevuto almeno una dose di HZV. Il dato è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 26,23% della coorte) pur non raggiungendo il target.

Su piattaforma SIVER: (**P06C**) Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani – NSG. Target:  $\geq 75\%$ . L'AUSL di Imola mostra una % pari a 62,47% vs 62,61% nel 2023. Il valore medio regionale è pari a 59,70%.

**Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro.** A seguito della pandemia che aveva assorbito l'Unità operativa PSAL a supporto del DSP (contact tracing, inserimento ed elaborazione dati informatici, ecc.) si registra, a partire dal 2021, una graduale ripresa dell'attività tipica dell'Unità operativa.

In riferimento all'attività di controllo delle Unità Locali, si rileva un decremento che nel 2024 vs 2023 risulta pari a -5%, in particolare per le ispezioni presso aziende edili (-10%). Più o meno stabili risultano invece le ispezioni in aziende agricole e aziende appartenenti ad altri comparti.

**Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro: confronto 2024 - 2023**

UNITA' LOCALI CONTROLLATE	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Ispezione aziende edili	268	241	-27	-10%
Ispezione aziende agricole	28	29	1	4%
Ispezioni aziende altri comparti	76	80	4	5%
Tutela lavoratrici madri	9	10	1	11%
Inchieste infortuni e/o malattie professionali	24	24	0	0%
Espressioni pareri	2	2	0	0%
<b>TOTALI</b>	<b>407</b>	<b>386</b>	<b>-21</b>	<b>-5%</b>

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

Nel 2024 si rileva un aumento generale di rilascio Pareri, in particolare in ordine alla bonifica dell'amianto.

Nell'ambito delle prestazioni sanitarie individuali si conferma, anche nel 2024 vs 2023, un calo delle visite specialistiche della medicina del lavoro (-12%), mentre in ordine alla partecipazione a commissioni mediche si registra un incremento (+26%).

<b>PARERI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Aminato e attività classificate	70	87	17	24%
Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto	134	160	26	19%
Pareri lavoratrici madri	9	9	0	0%
<b>TOTALI</b>	<b>213</b>	<b>256</b>	<b>43</b>	<b>20%</b>
<b>PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Visite specialistiche medicina del lavoro	68	60	-8	-12%
Partecipazione a commissioni mediche (gg.)	43	54	11	26%
<i>di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08</i>	<i>22</i>	<i>30</i>	<i>8</i>	<i>36%</i>
<b>TOTALI</b>	<b>111</b>	<b>144</b>	<b>33</b>	<b>30%</b>

Il saldo finale complessivo dell'andamento delle prestazioni erogate rileva un lieve incremento (+3%), di fatto un sostanziale mantenimento. Inoltre, anche nel 2024, si devono considerare in aggiunta le numerose attività, incontri, riunioni e preparazione di materiali, inerenti all'attuazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP).

<b>ATTIVITA' COMPLESSIVA PSAL</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Totale prestazioni</b>	<b>732</b>	<b>756</b>	<b>24</b>	<b>3%</b>
<b>N. prestazioni "pesate"(ore)</b>	<b>12.604</b>	<b>12.042</b>	<b>-562</b>	<b>-4%</b>

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). Si riporta, inoltre, la percentuale di ricorsi contro il giudizio del medico competente esaminati entro 30 giorni e la di visite specialistiche effettuate entro 10 giorni dalla richiesta che in entrambi i casi risulta al 100%.

<b>EFFICIENZA OPERATIVA E APPROPRIATEZZA</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
unità produttive controllate	407	406	-1	-0,2%
unità produttive esistenti	6.164	6.258	94	1,5%
% unità produttive controllate sul totale delle esistenti	6,6%	6,5%		-0,1%
% ricorsi contro il giudizio medico competente esaminati entro 30 gg. dalla richiesta	100%	100%	0	0,0%
% visite specialistiche effettuate entro 15 gg. dalla richiesta	100%	100%	0	0,0%

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti che ai fini del conseguimento mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA), viene monitorato anche su piattaforma regionale SIVER.

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

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 9,08% vs 8,74% nel 2023. La media regionale risulta pari a 8,29%. Nel 2024 sono state controllate 406 unità produttive, pari al 6,5% di 6.258 unità produttive esistenti. Di queste, 8 aziende (2%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (84) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (78). Complessivamente si arriva a 568 aziende controllate: il 9,1% di 6.258.

- (**IND187**) % cantieri ispezionati. L'Azienda rileva un valore 2024 pari a 27,08% vs 11,76% nel 2023 e 15,76% nel 2022. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 21,36%.

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), si riporta il monitoraggio SIVER:

- **(IND708)** % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2024 pari a 22,22% vs 24,04% nel 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 22,15%. I dati interni confermano nel 2024 il 22% di cantieri controllati nel rispetto del target. Nel 2024 sono stati ispezionati n. 24 cantieri di amianto su 1.108 piani ricevuti.

**Igiene veterinaria.** L'Unità operativa, nel 2024, osserva un generale mantenimento degli interventi programmati un po' in tutti gli ambiti. Per quanto concerne gli interventi in emergenza si registra un incremento, rispetto al 2023, pari a +17,5%.

**Igiene veterinaria: confronto 2024 - 2023**

VOLUMI ATTIVITA'	2023		2024		scostamenti N.ro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var. ass.	Var. %
<b>Valutazioni epidemiologiche</b>						
N.ro interventi	126	315	99	248	-27	-21%
<b>Formazione, educazione alla salute</b>						
N.ro attestazioni	9	72	10	80	1	11%
Guide tirocinio	10	180	7	126	-3	-30%
<b>Informazione e comunicazione</b>						
N.ro iniziative	7	35	5	25	-2	-29%
N.ro Pareri	41	103	37	93	-4	-10%
<b>Controllo ufficiale</b>						
Ispezioni senza check-list	29	145	309	1.545	280	966%
Ispezioni con check-list	551	4.408	512	4.096	-39	-7%
Audit	7	350	1	50	-6	-86%
Verifiche	903	1.355	170	255	-733	-81%
Verifiche di follow-up	13	52	50	200	37	285%
Provvedimenti sanzionatori o penali	10	500	10	500	0	0%
Verifiche stabilimenti riconosciuti	1.149	954	1.614	1.340	465	40%
Campioni legali	189	756	254	1.016	65	34%
Campioni conoscitivi	565	424	630	473	65	12%
Profilassi	762	1.524	554	1.108	-208	-27%
Valutazioni documentali	2.062	2.062	2.296	459	234	11%
Certificazioni	1.184	1.184	1.258	1.258	74	6%
<b>Prestazioni sanitarie</b>						
Chirurgiche - interventi	263	526	299	598	36	14%
Mediche	476	952	363	726	-113	-24%
<b>Prov. autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento</b>	209	523	86	215	-123	-59%
<b>Consulenze specialistiche</b>						
Incontri con istituzioni	16	48	9	27	-7	-44%
Valutazione pratiche	68	136	65	130	-3	-4%
<b>Totale interventi Programmati</b>	<b>8.649</b>	<b>14.952</b>	<b>8.638</b>	<b>14.568</b>	<b>-11</b>	<b>-0,1%</b>

VOLUMI ATTIVITA'	2023		2024		scostamenti Nro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var. ass.	Var. %
<b>Interventi in emergenza</b>						
Focolai mal.inf.	2	200	4	400	2	100%
Piani straordinari	6	150	1	25	-5	-83%
Allerte/NC	32	800	42	1.025	10	31%
<b>Totale interventi in Emergenza</b>	<b>40</b>	<b>1.150</b>	<b>47</b>	<b>1.450</b>	<b>7</b>	<b>17,5%</b>

Per quanto riguarda l'indicatore di congruità al piano di lavoro aziendale per l'attività programmata la percentuale 2024 risulta pari al 91% vs il 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 dell'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		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024	2021	2022	2023
<b>Piano campionamento alimenti controlli microbiologici</b>	<b>90%</b>	60	60	54	10	48	54	17%	80%	100%
campioni prelevati conformi alle indicazioni del piano / campioni da prelevare secondo il piano										
<b>PNR e PRR</b>	<b>95%</b>	55	49	45	55	49	45	100%	100%	100%
campioni eseguiti / campioni previsti										
<b>PNNA e PRAA</b>	<b>95%</b>	43	43	33	43	39	34	100%	91%	103%
campioni prelevati in allevamento per PNAA (dato IZS) / campioni previsti dal PNAA (escluso extra-PRAA)										
<b>Piano micotossine</b>	<b>95%</b>	11	10	11	17	4	11	155%	40%	100%
campioni prelevati in allevamento (dato IZS) / campioni previsti dal piano										
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		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024	2021	2022	2023
<b>Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali</b>	<b>98%</b>	<b>231</b>	<b>298</b>	<b>296</b>	<b>309</b>	<b>334</b>	<b>304</b>	<b>134%</b>	<b>112%</b>	<b>103%</b>
allevamenti e capi risutati controllati (dato IZB) / allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		213	149	148	284	167	152	133%	112%	103%
n.allevamenti e capi controllati (in autodichiarazione ASL) / n.allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		18	149	148	25	167	152	139%	112%	103%
<b>TOTALE</b>	<b>90%</b>	<b>400</b>	<b>460</b>	<b>439</b>	<b>434</b>	<b>474</b>	<b>448</b>	<b>109%</b>	<b>103%</b>	<b>102%</b>

Il monitoraggio 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: >=95%. Risultato atteso aziendale: >= std RER.

Nel 2024 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura pari al 100% vs 100% del 2023 e 2022. La performance media regionale risulta pari al 100%.

- **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: >=95%. Risultato atteso aziendale: >= STD RER.

Nel 2024 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura pari al 98,67% vs il 100% del 2023. La performance media regionale risulta pari al 99,57%.

## I dati economici

## CONTO ECONOMICO 2022 - 2023 – 2024

Ai fini della rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale del triennio 2022 – 2024, si riporta la tabella di sintesi con lo schema di Conto Economico (D.Lgs 118/2011) dei dati di consuntivo per singoli anni.

SCHEMA DI BILANCIO		Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
<b>A) VALORE DELLA PRODUZIONE</b>				
1) Contributi in c/ esercizio		273.959.044	284.063.025	283.683.583
a) Contributi in c/ esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		267.897.936	276.678.316	277.293.201
b) Contributi in c/ esercizio - extra fondo		6.061.108	7.384.709	6.390.382
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 L.E.A		446.281	0	0
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L.E.A		2.226.466	3.641.820	2.103.312
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro		26.506	30.553	26.045
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)		40.932	112.324	30.487
6) Contributi da altri soggetti pubblici		3.320.923	3.600.011	4.230.537
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	0
2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti		-444.854	-240.347	-102.797
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		3.955.230	3.360.744	3.743.266
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria		43.934.607	45.312.080	48.200.089
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		39.648.785	40.524.424	43.017.854
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		3.227.892	3.587.550	3.956.730
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		1.057.930	1.200.106	1.225.505
5) Concorsi, recuperi e rimborsi		11.225.140	6.226.072	8.189.911
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		4.611.331	5.224.191	5.396.902
7) Quota contributi in c/ capitale imputata nell' esercizio		4.424.301	4.489.422	4.470.412
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		0	0	0
9) Altri ricavi e proventi		703.254	645.845	581.698
<b>Totale A)</b>		<b>342.368.053</b>	<b>349.081.031</b>	<b>354.163.063</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>				
1) Acquisti di beni		42.193.471	45.766.578	49.709.185
a) Acquisti di beni sanitari		41.146.276	44.542.977	48.489.577
b) Acquisti di beni non sanitari		1.047.196	1.223.601	1.219.608
2) Acquisti di servizi sanitari		162.428.024	165.788.546	175.616.020
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base		15.882.731	15.812.203	16.303.038
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica		17.558.852	17.172.670	17.896.855
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		20.432.367	19.993.359	21.982.007
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa		9.959	5.606	10.131
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa		1.297.520	1.390.936	1.484.061
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica		966.290	972.561	1.025.128
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera		61.686.749	61.331.932	64.817.474
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		4.280.215	4.331.322	4.189.748
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F		8.530.234	9.671.901	11.111.018
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione		929.941	1.043.940	1.146.063
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario		878.163	1.056.247	1.069.150
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		18.865.810	20.394.434	21.961.322
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)		2.330.734	2.828.340	3.048.634
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari		2.005.304	3.664.048	3.118.282
o) Co		2.065.212	1.401.506	1.940.586
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		4.707.942	4.717.541	4.512.522
q) Costi per differenziale Tariffe TUC		0	0	0
3) Acquisti di servizi non sanitari		20.976.396	17.701.508	17.624.208
a) Servizi non sanitari		20.191.599	16.705.130	16.708.141
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie		557.819	702.086	507.450
c) Formazione		226.977	294.291	408.617
4) Manutenzione e riparazione		5.453.439	5.658.694	6.974.497
5) Godimento di beni di terzi		1.658.308	2.283.613	2.432.815
6) Costi del personale		95.360.355	97.045.613	97.464.646
a) Personale dirigente medico		27.933.330	28.438.841	30.094.741
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico		2.960.411	3.058.946	3.208.768
c) Personale comparto ruolo sanitario		43.285.061	44.199.947	43.340.490
d) Personale dirigente altri ruoli		1.270.530	1.161.928	1.294.514
e) Personale comparto altri ruoli		19.911.024	20.185.951	19.526.134
7) Oneri diversi di gestione		1.720.820	1.247.408	1.420.627
8) Ammortamenti		5.355.386	5.407.037	5.364.605
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali		605.954	361.616	270.417
b) Ammortamenti dei Fabbricati		3.543.528	3.552.611	3.588.287
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		1.205.904	1.492.811	1.505.901
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti		192.596	687.087	1.204
10) Variazione delle rimanenze		549.925	-350.245	271.028
a) Variazione delle rimanenze sanitarie		-2.097.606	-370.083	260.283
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie		2.647.531	19.839	10.745
11) Accantonamenti		4.176.328	5.361.048	3.153.427
a) Accantonamenti per rischi		437.907	1.254.426	1.055.706
b) Accantonamenti per premio operosità		88.546	99.041	114.055
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		1.985.754	2.650.669	1.289.737
d) Altri accantonamenti		1.664.122	1.356.911	693.929
<b>Totale B)</b>		<b>340.065.047</b>	<b>346.596.888</b>	<b>360.032.262</b>

<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>2.303.006</b>	<b>2.484.143</b>	<b>-5.869.199</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	151	21.772	8.709
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	199.299	674.229	652.022
<b>Totale C)</b>	<b>-199.148</b>	<b>-652.457</b>	<b>-643.313</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>			
1) Rivalutazioni	0	0	0
2) Svalutazioni	0	0	0
<b>Totale D)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>			
1) Proventi straordinari	5.670.037	6.141.001	7.489.039
a) Plusvalenze	0	0	0
b) Altri proventi straordinari	5.670.037	6.141.001	7.489.039
2) Oneri straordinari	4.532.974	1.103.311	4.864.458
a) Minusvalenze	7.850	759	2.774
b) Altri oneri straordinari	4.525.124	1.102.552	4.861.684
<b>Totale E)</b>	<b>1.137.062</b>	<b>5.037.690</b>	<b>2.624.581</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>3.240.921</b>	<b>6.869.377</b>	<b>-3.887.930</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>			
1) IRAP	6.578.621	6.736.192	6.801.723
a) IRAP relativa a personale dipendente	6.147.099	6.281.377	6.298.470
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	249.006	231.301	272.357
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	182.515	223.514	230.896
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0
2) IRES	117.334	115.310	141.880
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	206.267	0	0
<b>Totale Y)</b>	<b>6.902.222</b>	<b>6.851.502</b>	<b>6.943.603</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>-3.661.301</b>	<b>17.874</b>	<b>-10.831.534</b>

## **CONSUNTIVI INVESTIMENTI 2024**

Si rappresenta di seguito in forma tabellare il **Consuntivo del Piano investimenti 2024** attuato nell'Esercizio 2024, con evidenza di:

- quanto realizzato e/o in corso di realizzazione al 31/12/2024 degli interventi programmati.
- consuntivo aziendale degli interventi rientranti nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR-PNC)**.

### Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2024

Id intervento	Azienda	Programma	Delibera Programmazione	Art. 20 Legge n. 67/88	Anno assegnazione finanziamento	Num Intervento	Titolo	Intervento Complementari	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 2024	Costi sostenuti al 31/12/2024	Nota
2020/1	I) AUSL Imola	Accordo di Programma Integrativo 2021	DAL 33/2020	SI	2020	APC 34	Ristrutturazione della Casa della Salute di Imola - 1° stralcio	NO	3/11/2023	15/03/2025	Ristrutturazione	€ 2.850.000,00	€ 150.000,00			€ 3.000.000,00	€ 812.652,67	€ 150.000,00	€ 2.037.347,33	€ -	€ 1.294.484,17	€ 1.482.133,85	
2024/2	I) AUSL Imola	Interventi per la riqualificazione funzionale del patrimonio edilizio tecnologico del Servizio Sanitario Regionale	DGR 2030/2023	NO	2023	18	Acquisto defibrillatori	NO	26/09/2024	30/09/2025	Acquisto di attrezzature/tecnologie biomedicali		€ 45.000,00			€ 45.000,00				€ 45.000,00	€ 9.973,50	€ 9.973,50	

### Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2024

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 31/12/2024	Note
2024/6	I) AUSL Imola						H22C24000030002	01/01/2024	31/12/2024	Interventi per la riqualificazione funzionale del patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale					€ 255.734,61	€ 255.734,61	Indifferibili, urgenti e imprevedibili 2024 - Det. RER 28412/2024
2024/7	I) AUSL Imola						H24E24000040002	01/01/2024	31/12/2024	Beni_economici					€ 19.238,72	€ 19.238,72	Indifferibili, urgenti e imprevedibili 2024 - Det. RER 28412/2024
2024/8	I) AUSL Imola						H24E24000030002	01/01/2024	31/12/2024	Acquisizione attrezzature sanitarie					€ 71.637,63	€ 71.637,63	Indifferibili, urgenti e imprevedibili 2024 - Det. RER 28412/2024

## Interventi previsti nel Piano investimenti realizzati o da realizzarsi con fondi esclusivamente aziendali

Id Intervento	Azienda	Titolo intervento	Fase	Importo Finanziamento Azienda	Fonte Finanziamento Azienda	Importo Finanziamento altro	Fonte Finanziamento altro	Costo complessivo €	Costi sostenuti nell'esercizio 2024	Costi sostenuti al 31/12/2024	Note
2016/6	11 AUsl Imola	Nuovo sistema gestionale risorse umane (GRU)	In corso			€ -	Rettifiche contributi c/es.	€ -	€ -	€ 271.072,42	
2017/19	11 AUsl Imola	Configurazione, installazione del sistema GAAC, Deployment e Attivazione. Licenze d'uso	In corso			€ 18.568,58	Rettifiche contributi c/es.	€ 18.568,58	€ 18.568,58	€ 274.818,75	
2019/18	11 AUsl Imola	Sviluppo e manutenzione software DSM	In corso			€ 15.234,81	Rettifiche contributi c/es.	€ 15.234,81	€ 15.234,81	€ 107.646,74	
2022/1	11 AUsl Imola	Configurazione, installazione del sistema SEGNALER	In corso			€ 10.181,72	Rettifiche contributi c/es.	€ 10.181,72	€ 10.181,72	€ 73.838,97	
2020/6	11 AUsl Imola	Sviluppo fascicolo sanitario elettronico e PRGLA	In corso			€ 26.488,67	Rettifiche contributi c/es.	€ 26.488,67	€ 26.488,67	€ 289.094,98	
2024/3	11 AUsl Imola	Arredi, beni economici, automezzi, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi	Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2024	€ 8.788,18	Alienazioni			€ 8.788,18	8.788,18	8.788,18	
		<b>TOTALE</b>						€ 79.261,96			

### Consuntivo 2024 - Investimenti PNRR – PNC

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 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 DL n.131 del 29/09/23 (Decreto MEF RGS 211 del 17/11/2023)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	Consuntivo 2024	Realizzato al 31/12/24
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Imola - Ristrutturazione - Il stralcio	H27H22000740006	2.900.000,00	-	-	-	-	-	290.000,00	3.190.000,00	610.712,11 €	665.922,67 €
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Medicina -Manutenzione straordinaria	H77H22000100006	728.474,23	-	-	-	-	-	72.847,40	801.321,63	171.350,08 €	197.903,96 €
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme -Manutenzione straordinaria	H87H22000200006	100.000,00	-	-	-	-	-	-	100.000,00	- €	72.375,07 €
M6C1 1.2.2.	COT Str	Centrale Operativa Territoriale di Imola -Manutenzione straordinaria	H27H22000750006	232.921,32	-	-	-	-	-	-	232.921,32	12.421,67 €	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	95.646,72
M6C1 1.2.2.	COT Dev	Acquisizione Dispositivi Medici per l'allestimento COT	H29J22000650006	129.354,16	-	-	-	-	-	-	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	2.237.084,51	441.801,26 €	528.187,96 €
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	633.064,30 €	1.118.141,44 €
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 €

Componente	Intervento	Titolo intervento	CUP	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022)	Altre Risorse	ESITO	ESITO	ESITO	ESITO	ESITO	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO		Consuntivo 2024	Realizzato al 31/12/24
						FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 02/03/2023)	FOI 2022 art.10 c.2 D.L. 176/2022 (Decreto MEF RGS ID. 25491 del 28/03/23)	FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 375 (Decreto MEF RGS 185 del 08/08/2023)	FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (Decreto MEF RGS 187 del 11/08/2023)	FOI 2023 DL n.131 del 29/09/23 (Decreto MEF RGS 211 del 17/11/2023)				
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 01	H29J22000950006	37.485,00	-	-	-	-	-	-	37.485,00	-	- €	37.485,00 €
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 €	220.475,96 €	220.475,96 €
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta (DR) 01	H29J22000920006	232.435,62	-	-	-	-	-	-	232.435,62	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 €	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 €	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	-	-	-	-	-	140.000,00	1.540.000,00	425.164,50 €	550.377,84 €	
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	108.624,53 €	192.788,06 €	
M6C1. 1.2.3.2	Telemedicina	Servizi di Telemedicina (postazioni lavoro)	E47H23002160006	831.500,00	-	-	-	-	-	-	831.500,00	- €	- €	
M6C2 1.3.2.2.1	4 Flussi	Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Flusso Consulenti di Famiglia	H25F23000170006	207.500,00	-	-	-	-	-	-	207.500,00	60.691,95 €	139.991,95 €	
				<b>14.160.784,88</b>	-	-	-	-	-	<b>706.218,70</b>	<b>14.867.003,58</b>	<b>3.617.218,34 €</b>	<b>5.824.750,07 €</b>	

**Consuntivo 2024 - 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 (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 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 dell'11/08/2023)	ESITO FOI 2023 DL n.131 del 29/09/23 (Decreto MEF RGS 211 dell'17/11/2023)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	Consuntivo 2024	Realizzato al 31/12/2024
M6C1 E.1.1.0	PNC SNPS SNPA	PNC Salute ambiente biodiversità e clima - sub investimenti 1.1 rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS - SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata - Sanità Pubblica: istituzione ufficio ambientale	I83C22000640005								139.410,00	32.928,09	32.928,09
				-	-	-	-	-	-	-	<b>139.410,00</b>	<b>32.928,09</b>	<b>32.928,09</b>

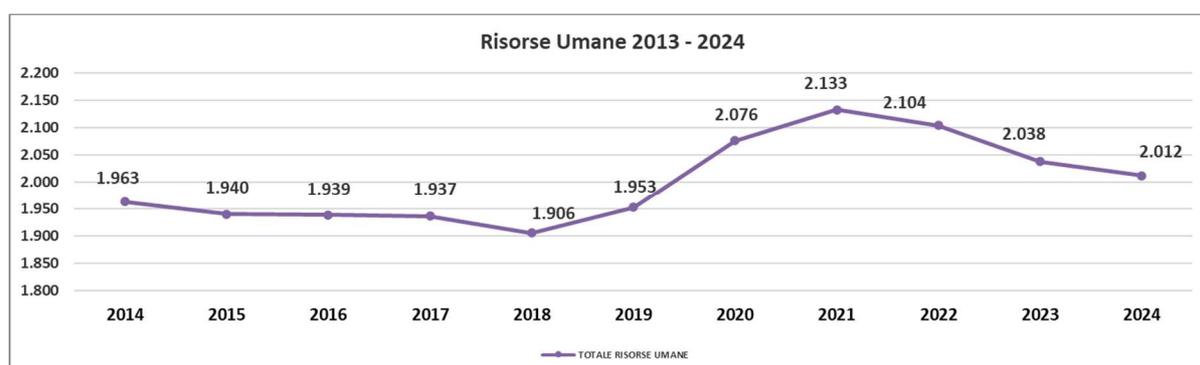
## Il personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2024, risultano complessivamente 2.012, registrando rispetto al 2023 una riduzione di -26 unità (-1,3%), prevalentemente personale dipendente (-27 unità).

Il personale convenzionato cresce di +1 unità, mentre per quanto riguarda i contratti libero professionali si confermano, come nel 2023, zero unità. La contrazione complessiva di risorse umane è riconducibile al progressivo ridimensionamento generale, come evidenziato anche nel grafico, del reclutamento necessario nel 2021 per fronteggiare la gestione dell'emergenza pandemica.

Tipologia contrattuale	2022	2023	2024	Var ass. 2023 - 2024
Dipendente	1.956	1.890	1.863	-27
Convenzionato*	144	148	149	1
Contratti libero-professionali	4	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>2.104</b>	<b>2.038</b>	<b>2.012</b>	<b>-26</b>

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



Il personale convenzionato è così suddiviso: Medici Medicina Generale (**94**), Pediatri di Libera Scelta (**18**), Medici di Continuità Assistenziale (**1**), Medici Specialisti Ambulatoriali (**26**) e Psicologi Ambulatoriali (**10**).

Al 31/12/2022, i **Medici Medicina Generale** assistono complessivamente una popolazione pari a **117.351** unità, mentre i **Pediatri di libera scelta** assistono complessivamente una popolazione pari a **15.831** unità.

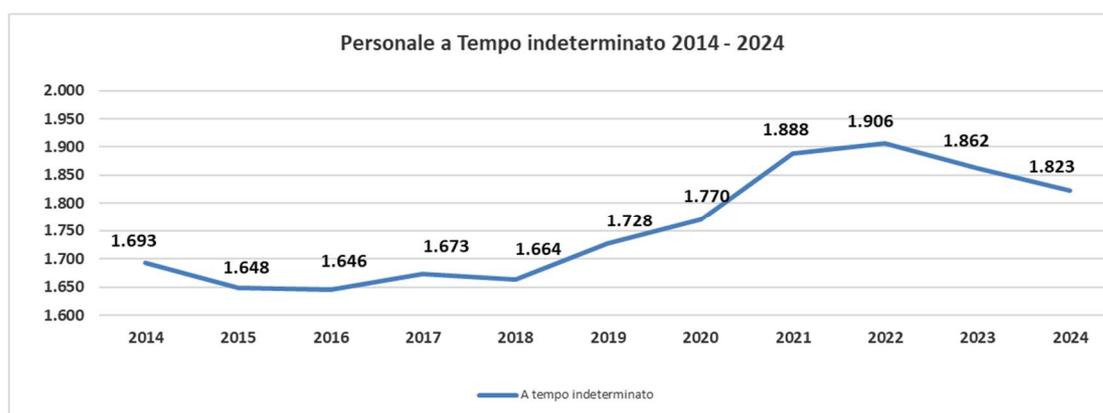
I **Medici Medicina Generale** assistono complessivamente una popolazione pari a **117.787** unità, mentre i **Pediatri di libera scelta** assistono complessivamente una popolazione pari a **15.373** unità.

In Tabella si riporta la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con evidenza delle variazioni assolute e % rispetto all'anno precedente.

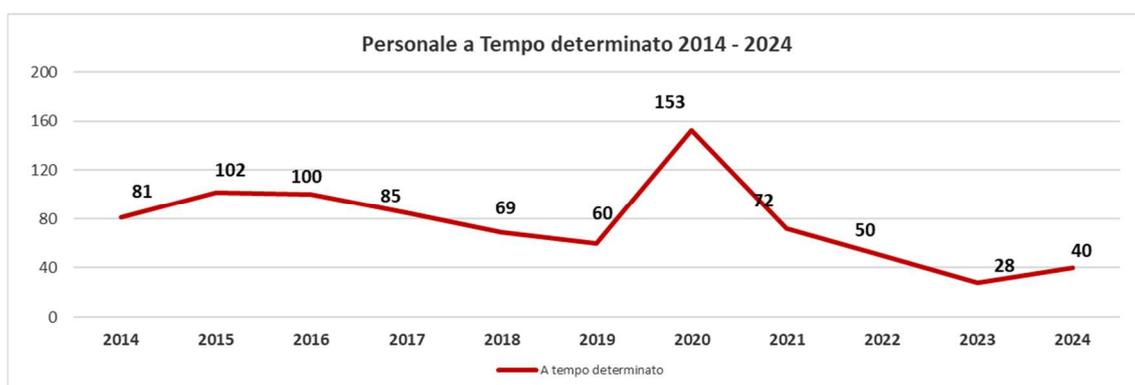
Categorie personale dipendente	2022	2023	2024	Var. 2023 - 2024	Var. % 2023 - 2025
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	323	319	319	0	0,0%
ALTRI DIRIGENTI PTA	14	15	17	2	13,3%
PERSONALE INFERMIERISTICO	908	867	844	-23	-2,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	135	138	137	-1	-0,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	278	275	280	5	1,8%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	178	170	166	-4	-2,4%
ALTRO PERSONALE	120	106	100	-6	-5,7%
<b>TOTALE</b>	<b>1.956</b>	<b>1.890</b>	<b>1.863</b>	<b>-27</b>	<b>-1,4%</b>

La Tabella mostra un decremento complessivo sul personale dipendente di -27 unità, che ha interessato in particolare il personale infermieristico (-23 unità).

In riferimento al personale dipendente si evidenzia nei grafici sotto riportati l'andamento del personale a tempo indeterminato che a seguito del significativo incremento registrato nel periodo 2019 – 2022, nel 2024 in continuità con la decrescita registrata nel 2023 mostra una ulteriore flessione (-39 unità; -2,09%).



La tendenza relativa al personale a tempo determinato, dopo il picco verificatosi nel 2020 a seguito della necessità di arruolare personale sanitario per far fronte all'emergenza pandemica, registra un decremento progressivo sino al 2023. Nel 2024 si rileva un incremento di +12 unità (+42,86%) in contro tendenza rispetto agli ultimi tre anni.



La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola conferma una percentuale pari al 6% per la classe "under 30" a conferma dell'ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata.

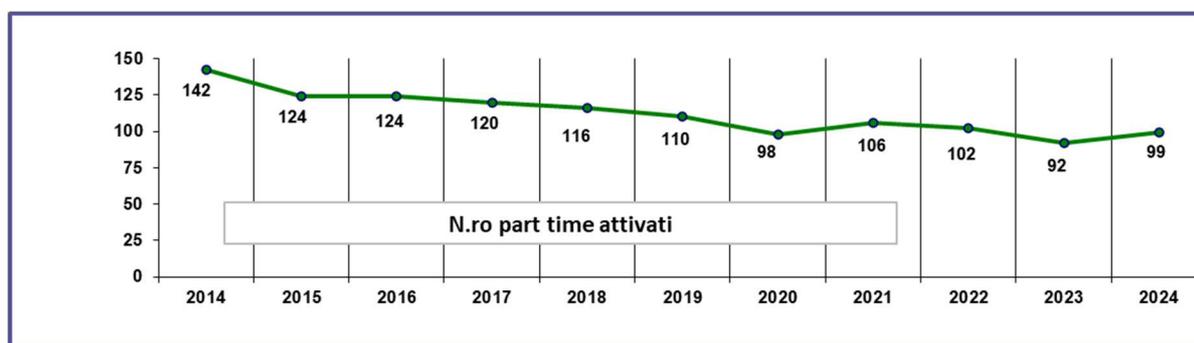
La classe "over 60", la più vicina al momento della collocazione a riposo, rappresenta una percentuale pari al 16,2%. Resta numericamente significativa la concentrazione nella classe 51-60 anni, pari al 31,9%, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-15%).

Le classi 31-40 anni e 41-50 anni raggiungono insieme la concentrazione maggiore con un 45,8% di dipendenti.

La distribuzione per genere si conferma con una netta maggioranza di personale femminile (76,4%).

Personale dipendente 2024	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 30	31-40	41-50	51-60	>=60	
DIR. MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	195	124	3	116	95	56	49	319
DIRIGENTI PTA	12	5	0	2	2	7	6	17
PERSONALE INFERMIERISTICO	714	130	83	231	147	306	77	844
PERSONALE TECNICO SANITARIO	99	38	17	30	32	33	25	137
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	227	53	5	36	82	101	56	280
PERSONALE AMMINISTRATIVO	141	25	1	20	39	42	64	166
ALTRO	36	64	3	13	10	49	25	100
<b>Totale</b>	<b>1.424</b>	<b>439</b>	<b>112</b>	<b>448</b>	<b>407</b>	<b>594</b>	<b>302</b>	<b>1.863</b>
%	76,4%	23,6%	6,0%	24,0%	21,8%	31,9%	16,2%	100,0%

Il Grafico mostra la tendenza negli ultimi dieci anni di una progressiva e costante diminuzione dei **part-time** in azienda, nonostante si registri un incremento nel 2024 vs 2023 (+7 unità).



### **3. Sezioni e sottosezioni di programmazione: IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE**

#### **Sezioni e Sottosezioni di programmazione**

La presente area del Piano Integrato di Attività e Organizzazione fornisce la rappresentazione degli **impegni e delle 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**".

#### **3.1 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE**

Si tratta di una dimensione di fondamentale importanza per l'Azienda sanitaria, riguardando ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti dei servizi, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- 3.1.1 Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda: afferiscono a questa sottosezione obiettivi con impatto diretto sulle modalità di accesso degli utenti alle prestazioni e ai servizi.
- 3.1.2 Sottosezione di programmazione dell'integrazione: afferiscono a questa sottosezione obiettivi relativi all'integrazione di prestazioni e servizi tra i diversi livelli assistenziali con impatto diretto sugli utenti.
- 3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti: afferiscono a questa sottosezione indicatori relativi agli esiti delle prestazioni e dei servizi per gli utenti degli stessi.

#### **3.2 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI**

Si tratta di una dimensione che analizza aspetti non immediatamente percepibili o percepiti dagli utenti delle prestazioni e dei servizi delle Aziende, ma fondamentali per garantire il loro effettivo svolgimento in modo efficiente, efficace e sicuro, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- 3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione: afferiscono a questa sottosezione obiettivi quali-quantitativi di adeguamento della struttura dell'offerta e alle relative prestazioni e servizi attesi.
- 3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario: afferiscono a questa sottosezione obiettivi con impatto diretto su appropriatezza, qualità, sicurezza, del rischio, ecc. delle prestazioni e dei servizi svolti.
- 3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione: afferiscono a questa sottosezione obiettivi relativi all'organizzazione aziendale, in termini sia di assetto organizzativo sia di processi interni, anche tramite l'applicazione di strumenti informatici. In questa sottosezione vengono anche definiti gli obiettivi

strategici e le azioni più rilevanti da attuare per dare attuazione al Lavoro agile (POLA) e alle Pari opportunità (Piano delle Azioni Positive) e al Piano aziendale Equità.

- 3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale: alla luce degli obiettivi strategici da perseguire e dell'evoluzione quali-quantitativa attesa nel triennio considerato per il personale, la sottosezione definisce le politiche e le priorità aziendali con riferimento al reclutamento ed all'inserimento di nuovo personale, tenendo conto anche delle opportunità connesse alle attività formative e di riqualificazione previste. In questa sottosezione si fa riferimento alle indicazioni relative al Piano dei fabbisogni di personale (PTFP).
- 3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza: la sottosezione si concentra sulla definizione degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge Pagina 10/22 6 novembre 2012, n. 190, e sulla descrizione delle principali modalità attraverso le quali si intende perseguirli; gli aspetti di maggior dettaglio previsti dalla normativa di settore e dagli indirizzi di ANAC, in una prospettiva triennale e strategica; gli obiettivi specifici annuali saranno definiti nell'ambito del percorso di budget.

### **3.3 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO**

Si tratta di una dimensione strategica in ambito sanitario, in quanto assicura l'aggiornamento e il miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati, oltre che delle competenze dei professionisti che operano nelle Aziende, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- 3.3.1 Sottosezione di programmazione Ricerca e Didattica: afferiscono a questa sottosezione le azioni volte alla promozione e partecipazione dell'Azienda alle attività di ricerca 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.
- 3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione: afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi riferiti allo sviluppo dell'organizzazione e del personale, con particolare riferimento agli strumenti e metodologie utilizzati in tali ambiti; in particolare sono delineati gli obiettivi strategici di riferimento per l'attività formativa aziendale, che saranno poi declinati nel Piano Annuale della Formazione ed attuati all'interno del processo di Budget.

### **3.4 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ**

Si tratta di una dimensione che analizza il corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento sia ai costi/ricavi di esercizio, sia agli investimenti, articolati secondo le seguenti Sottosezioni:

- 3.4.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria: afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi relativi alla sostenibilità economico-finanziaria dell'Azienda.
- 3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR-PNC: afferiscono a questa sottosezione gli obiettivi relativi all'attuazione degli investimenti previsti e al rinnovamento tecnologico, con particolare attenzione a quelli legati al PNRR-PNC di cui al Contratto Istituzionale di Sviluppo sottoscritto con il Ministero della Salute e per i quali le Aziende sanitarie hanno ricevuto specifica delega amministrativa dalla Regione.

- **3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica:** afferiscono a questa sottosezione le azioni programmate in relazione agli obiettivi fissati dalla Regione in materia.

Il presente Piano individua, sulla base delle sezioni e sottosezioni di programmazione il collegamento con gli obiettivi strategici fissati dalla Regione mediante gli obiettivi di mandato contenuti nella delibera della Giunta Regionale n. 69/2025

Di seguito, si riporta una sintesi tabellare 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**.

<b>3.1 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE</b>
<b>3.1.1 Sottosezione: Programmazione dell'Accesso e della Domanda</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
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 diseguaglianze (compreso tema inclusione ed accessibilità ex D.Lgs.222/2023)
<b>3.1.2 Sottosezione: Programmazione dell'Integrazione</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
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
<b>3.1.3 Sottosezione: Programmazione degli ESITI - Indicatori</b>
Tabella indicatori sugli esiti
<b>3.2 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI</b>
<b>3.2.1 Sottosezione: Programmazione della struttura d'offerta e della produzione</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
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
<b>3.2.2 Sottosezione: Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
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
<b>3.2.3 Sottosezione: Programmazione dell'organizzazione</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
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
<b>3.2.4 Sottosezione: Programmazione delle dotazioni di personale</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Governo delle risorse umane
<b>3.2.5 Sottosezione: Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza</b>
Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza

<b>3.3 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO</b>
<b>3.3.1 Sottosezione: Programmazione della Ricerca e della didattica</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Attività di ricerca
<b>3.3.2 Sottosezione: Programmazione dello sviluppo organizzativo e formazione</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Valorizzazione del capitale umano
<b>3.4 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ</b>
<b>3.4.1. Sottosezione: Programmazione economico-finanziaria</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario
<b>3.4.2. Sottosezione: Programmazione degli investimenti e PNRR - PNC</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici
Governo degli investimenti PNRR
<b>3.4.3. Sottosezione: Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica</b>
<b>Obiettivi strategici di mandato</b>
Azioni per lo sviluppo sostenibile

## **Sezioni / Sottosezioni di programmazione e obiettivi di mandato della Direzione Generale**

Si riporta di seguito, in ordine alle Sezioni / Sottosezioni di programmazione, la programmazione aziendale del triennio 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 di programmazione e accesso alla 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.

Permane l'impegno dell'Azienda alla 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 la finalizzazione delle risorse necessarie, compresa l'eventuale committenza verso strutture private accreditate.

L'attività aziendale nei recenti anni ha posto particolare 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.

Indicatore SIVER	Target	2021	2022	2023	2024	2024 RER
(IND1015) Tempi di attesa retrospettivi per <b>interventi oncologici</b> monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	<b>&gt;= 90%</b>	87,67%	90,91%	84,51%	<b>87,10%</b>	82,50%
(IND1016) Tempi di attesa retrospettivi per <b>protesi d'anca</b> : % casi entro i tempi di classe di priorità	<b>&gt;= 85%</b>	24,39%	26,15%	81,54%	<b>96,20%</b>	80,49%
(IND1017) Tempi di attesa retrospettivi per <b>interventi cardiovascolari</b> monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	<b>&gt;= 90%</b>	99,21%	97,81%	99,34%	<b>98,85%</b>	86,24%
(IND1018) Tempi di attesa retrospettivi per <b>interventi di chirurgia generale</b> monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	<b>&gt;= 75%</b>	26,50%	37,48%	86,05%	<b>94,42%</b>	59,37%
(IND980) Tempi di attesa retrospettivi per <b>tutti gli interventi</b> monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	<b>&gt;= 80%</b>	59,53%	50,77%	88,07%	<b>93,97%</b>	75,71%
(IND984) - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	<b>&gt;= 80%</b>	-	-	97,83%	<b>86,13%</b>	76,22%
(IND985) Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	<b>≤ 1%</b>	-	-	-6,81%	<b>6,18%</b>	3,76%

L'Azienda è protesa pertanto a consolidare i volumi di produzione ed a mantenere le performance sui tempi di attesa secondo gli standard, perseguendo modulazioni organizzative interne e collaborazioni anche con il privato accreditato nel quadro della regolamentazione regionale.

L'AUSL di Imola, altresì, garantirà 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; la Regione provvederà, inoltre, a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO.

## **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 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 pianificato un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire una quota 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.

Le strutture identificate **Centri di Assistenza Urgenza (CAU)**, quale nuova modalità organizzativa della Continuità Assistenziale e/o ambulatori all'interno delle Case della Comunità nell'ambito dello sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, 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 per bisogni non urgenti, migliorando il tempo di attesa per la risposta al bisogno di salute.

Nel quadro delle riorganizzazioni già poste in essere, l'Azienda garantirà l'attuazione del progressivo sviluppo degli interventi regionali in tema di accesso all'Emergenza Urgenza Ospedaliera e Territoriale al fine di garantire al cittadino una presa in carico, nelle situazioni di urgenza, che sia improntata al rafforzamento della rete di prossimità per quanto riguarda le prestazioni a bassa criticità e della rete di emergenza per gli interventi ad alta complessità.

**Rispetto dei tempi di attesa.** Con due specifiche Deliberazioni di giunta regionale (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, con il fine di 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 applicato una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, oltre a dare applicazione agli indirizzi regionali, negli ultimi anni, 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: >=95%

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta una percentuale pari a 76,45% vs il 79,13% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari 85,57%.

Con riferimento all'accesso in PS, l'Azienda è altresì volta a definire percorsi strutturati con le Strutture residenziali socio-sanitarie per anziani in collaborazione con la Geriatria Ospedaliera Territoriale che si impegnerà a garantire le consulenze specialistiche in Pronto Soccorso. In forza della stretta collaborazione costruita in questi anni da parte della Geriatria con gli operatori delle Strutture Socio Sanitarie, il medico

geriatra potrà supportare il collega del PS nella definizione del percorso degli ospiti delle strutture per anziani che accedono al Pronto Soccorso, favorendo in tutti i casi in cui è possibile la ripresa in carico da parte delle Strutture in condizioni di sicurezza e di continuità delle cure.

Ai fini della ottimale gestione delle risorse e dei posti letto per i pazienti in attesa di ricovero provenienti da Pronto Soccorso, l'Azienda è impegnata altresì ad ottimizzare il tempo di *boarding* mediante apposita funzione di *bed management* nonché a mantenere l'utilizzo appropriato dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI).

## 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.

Particolare impegno è stabilmente rivolto dall'Azienda al governo dei tempi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, mediante direttrici attuate tramite attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato, da ultimo con riferimento anche al Piano straordinario di produzione di cui alla DGR 620/2024.

Gli interventi progressivamente attuati hanno consentito di aumentare la produzione complessiva, da pubblico e da privato, per "visite" e "diagnostica" rispetto all'esercizio 2023, e di raggiungere 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. Gli indicatori di performance relativi al Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità D EX ANTE rilevano:

- **(IND319)** Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. Target:  $\geq 90\%$ . Risultato atteso aziendale:  $\geq$  STD RER.

AUSL Imola 2024: 71,14% vs 76,23% del 2023 e 56,26% del 2022. Media regionale 2024: 85,61% vs 89,71% del 2023.

- **(IND320)** Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. Target:  $\geq 90\%$ . Risultato atteso aziendale:  $\geq$  STD RER.

AUSL Imola 2024: 94,40% vs 86,38% del 2023 e 85,49% del 2022. Media regionale 2024: 94,09% vs 93,91% del 2023.

Per le prestazioni diagnostiche la performance è evidentemente 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.

A garanzia dell'offerta prestazionale, l'Azienda ha acquisito nel corso dell'ultimo esercizio risorse mediche al fine di stabilizzare la produzione.

Si deve inoltre precisare 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.).

La governance dell'assetto funzionale e organizzativo volto al governo dei tempi di attesa è garantita dal Tavolo aziendale permanente della specialistica ambulatoriale che coordina e monitora l'andamento nonché implementa e mantiene i rapporti ed i confronti tra i medici specialisti ed i medici di Medicina Generale per la condivisione e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, tenendo conto sia dei temi legati all'accesso e alla prescrizione (versante MMG), sia dei temi legati all'erogazione e alla presa in carico (versante specialista ospedaliero e territoriale).

Nell'ambito della facilitazione all'accesso, si colloca inoltre la **presa in carico da parte dello specialista** mediante prescrizione e prenotazione, da parte della struttura/professionista che ha in carico il paziente, dei controlli e approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti stessi che hanno in carico il paziente, senza rinvio al medico di medicina generale, con effetti di miglioramento sulle performance dei tempi di attesa.

In relazione alle **prestazioni di diagnostica radiologica pesante (RMN e AC)**, si richiama inoltre la collaborazione con la Montecatone Rehabilitation Institute S.P.A. per sviluppo della Piattaforma radiologica (RM3T e TAC 64 strati) dell'ospedale di Montecatone, mediante un'unica équipe integrata con l'Azienda USL di Imola, ampliando l'offerta disponibile.

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

Nell'ottica di integrazione, le funzioni previste dal D.Lgs. 222/2023 recante disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, ossia la programmazione ed adozione di strumenti atti a consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, saranno espletate nell'ambito dei tavoli già attivi in Azienda ed inseriti all'interno del Piano Equità aziendale, monitorato e coordinato dal Board Equità, con il coinvolgimento dei rappresentanti dei cittadini attraverso gli organismi di partecipazione aziendale (CCM e CUF – si veda paragrafo successivo).

Le cittadine e i cittadini sono tra i soggetti attuatori del Servizio Sanitario Regionale. 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, sull'accessibilità dei servizi e l'equità e sulla 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.

Nell'ottica di reciproca collaborazione e responsabilizzazione, 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 incontra almeno 10 volte l'anno, in assemblea plenaria, oltre ad attivare sottogruppi di lavoro su tematiche specifiche, come l'accessibilità e l'orientamento all'interno delle strutture aziendali, la verifica delle segnalazioni dei cittadini e le azioni di miglioramento messe in atto, la verifica delle Carte dei Servizi aziendali, l'Accoglienza all'interno delle Case della Comunità, etc.

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 incontra con cadenza periodica almeno ogni trimestre. CCM e CUF si incontrano in assemblea congiunta almeno 2 volte l'anno su temi di interesse comune.

I Comitati sono sempre coinvolti nella progettazione dei percorsi di accessibilità e di orientamento dei cittadini all'interno delle strutture aziendali e concorrono, insieme ai servizi aziendali deputati (vedi paragrafo precedente) a garantire quanto previsto dall'ex Dlgs 222/23.

Oltre alle attività dei Comitati aziendali, l'Azienda promuove la partecipazione e la collaborazione attiva con le Associazioni su target e tematiche specifiche, anche attraverso specifiche convenzioni.

L'Azienda Usl si impegna costantemente nel mantenere la rete in essere con le Associazioni del territorio e ad ampliarla, anche collaborando o patrocinando iniziative delle Associazioni stesse negli ambiti di propria competenza. Particolarmente attive sono le attività comuni nell'ambito di iniziative, anche di carattere informativo e culturale, che volte a favorire l'inclusione, l'equità e la capacitazione rispetto ai comportamenti individuali e di gruppo in grado di produrre benessere e salute.

### 3.1.2 Sotto sezione: Programmazione dell'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

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luoghi fisici di facile individuazione ai quali i cittadini possono accedere per soddisfare i loro bisogni di base. Secondo gli standard del DM 77/2022, si prevede una CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti e CdC *spoke* e studi professionali dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria e PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Le CdC *hub* diventano le sedi di riferimento in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni della Comunità e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

Le CdC sono strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili e garantiscono l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la pianificazione e l'erogazione degli interventi sanitari; tendono a favorire un approccio integrato e multidisciplinare, attraverso la modalità operativa dell'equipe multiprofessionale territoriale; l'attività è organizzata in modo tale da permettere un'azione di squadra fra MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, IFeC, altri professionisti quali Psicologi, Ostetriche, Professionisti dell'area della Prevenzione e della Riabilitazione, Assistenti Sociali.

Nel territorio dell'AUSL di Imola è previsto un modello organizzativo Hub & Spoke, declinato su quattro sedi: **Hub** nelle CdC di Imola, Castel S. Pietro e **Spoke** nelle CdC di Medicina e della Vallata del Santerno.

Le CdC rappresentano i luoghi in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei Servizi Sociali con un raccordo intersettoriale.

L'elemento comune e fondante delle CdC è rappresentato dalla coesistenza di quattro funzioni:

- accesso e orientamento alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- integrazione delle diverse forme dell'assistenza primaria con l'assistenza specialistica;
- presa in carico di particolari target di popolazione (pazienti affetti da patologie croniche, fragili e anziani non autosufficienti);
- presenza di stabili e solide relazioni con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, terzo settore.

Con Deliberazione n. 7 del 15/1/2025 l'Azienda ha istituito, da ultimo, la **Casa della Comunità di Imola Hub**, rispondendo al requisito del DM 77/22 i cui obiettivi di sviluppo sono quelli di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, attraverso le funzioni di
- supporto svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);

- la prevenzione e la promozione della salute, con il coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica;
- la promozione e la tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale, riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali e fisiologici, nelle diverse fasi della vita, con il coordinamento del Consultorio Familiare;
- la presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il modello della sanità d'iniziativa;
- la valutazione dei bisogni della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la garanzia della continuità dell'assistenza attraverso il coordinamento degli interventi dei servizi territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei loro caregiver.

### **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

Una funzione chiave di coordinamento e di interfaccia dei diversi servizi territoriali con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza è svolta dalla 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. La COT assolve al suo ruolo di raccordo fra i servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico degli assistiti tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, con particolare attenzione alle transizioni (ammissione/dimissione alle/dalle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione al trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di cure intermedie);
- coordinamento ed ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico/assistenziale ad un altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.)
- riguardo le attività ed i servizi attivabili;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di Telemedicina e percorsi integrati di gestione della cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare;

- gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico degli assistiti (Teleassistenza, strumenti di e-health) utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi, al fine di raccogliere, decodificare e classificare i bisogni degli assistiti.

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 sarà dotata dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, rendendo così possibile lo scambio di informazioni fra gli operatori sanitari coinvolti nella cura ed i caregiver. 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.

### **Punto Unico di Accesso (PUA)**

I PUA sono servizi previsti e promossi sia nel DM 77/22 sia nel Piano Nazionale degli Interventi Sociali 2021-2023. Già attivo sul territorio inserito all'interno delle CDC Hub di CSPT, Spoke di Medicina e Vallata del Santerno e presso la Casa della Comunità Hub di Imola, precisamente nello spazio fisico dell'Accoglienza della Casa della Comunità, vi è la presenza di un PUA che nel rispetto delle indicazioni regionali realizza in un unico punto di accesso integrato una risposta ai bisogni di servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il PUA è definito come modello organizzativo finalizzato al benessere dell'individuo, quale Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS). Si tratta di un modello più evoluto rispetto ai servizi conosciuti come segretariato sociale e sportello sociale; il PUA non rappresenta solo un luogo fisico, ma una modalità organizzativa multiprofessionale per l'orientamento e l'accoglienza sociale e sociosanitaria.

Le funzioni sono sostanzialmente riconducibili alle seguenti:

- attività di informazione e orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e sugli interventi del sistema locale sanitario, sociale e sociosanitario (integrati con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle 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;
- avvio della 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 degli interventi di supporto da attivare 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, è il fulcro di 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.

### **Assistenza Domiciliare (AD)**

L'AD è ricompresa nell'assistenza primaria, ed è quel 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, individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale 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 doverosamente 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 fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura, l'AUSL di Imola, nel 2025, intende proseguire l'impegno a potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

Con Deliberazione n. 2/2023, è stato predisposto il **Regolamento Cure Domiciliari** per realizzare, con modalità omogenee in tutto il territorio della 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.

L'obiettivo generale è quello della regolamentazione delle 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, sul territorio della AUSL di Imola, 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).

### **Ambulatorio Infermieristico della Cronicità**

Nell'ambito dello sviluppo delle cure territoriali, in ciascuna Casa della Comunità dell'AUSL di Imola e all'interno delle sedi attuali dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), future Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), si colloca l'Ambulatorio Infermieristico anche della Cronicità volto alla presa in carico multiprofessionale dei pazienti cronici, secondo l'approccio della medicina di iniziativa, oltre alla disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica per prestazioni di media complessità assistenziale.

### **Ospedale di Comunità (OSCO)**

Presso la Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme, è attivo l'Ospedale di Comunità (OSCO) secondo il modello organizzativo a gestione infermieristica; l'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie diurne da una équipe multidisciplinare (geriatra, internista, palliativistica, medici sanità pubblica) in modo integrato fra OSCO e Hospice Territoriale; la copertura dell'assistenza medica nelle fasce orarie notturne, sabato, prefestivi e festivi è affidata al Servizio di Continuità assistenziale che agisce su chiamata del personale infermieristico. Nelle restanti fasce orarie è il personale infermieristico che garantisce la continuità assistenziale e agisce in caso di urgenza/emergenza clinica su procedure definite.

Nei prossimi anni, si dovrà definire un modello organizzativo dell'assistenza medica in OSCO che veda la partecipazione di altri specialisti medici come, ad esempio, MMG o medici di medicina di comunità e delle cure primarie, a fianco del medico geriatra. Tale percorso, con la necessaria gradualità, nei prossimi anni porterà ad affidare la gestione clinica dei pazienti in OSCO a questi medici limitando l'operatività del geriatra ad accessi programmati di consulenza specialistica territoriale.

Con l'implementazione della COT, in ottemperanza al requisito prescrittivo del DM 77/22 di una COT a valenza distrettuale, è 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.

Si richiama nuovamente l'intervento PNRR "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria" che vede al Piano 4° della struttura l'implementazione dei posti letto di Ospedale di Comunità (setting di 15 posti letto per un totale a regime di 36 pl di OSCO per AUSL Imola), ampiamente nel rispetto dei parametri definiti dal DM 77/22.

### **Infermiere di Famiglia e Comunità**

L'Azienda nell'ambito dell'implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale prevede l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità 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; costituirà obiettivo, già a partire dal 2025, l'avvio della funzione in un ambito territoriale delle Case della Comunità per arrivare al completamento nel tempo in base alle risorse disponibili.

Il suo ruolo è quello di promuovere salute e gestire entro una rete multiprofessionale i processi di assistenza individuali, familiari e della comunità, in collaborazione con gli altri professionisti del territorio (MMG, PLS, Assistenti Sociali, Farmacisti convenzionati, altre professioni tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione).

Ha un ruolo proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità e diffondere 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.

### **Rete Locale delle Cure palliative**

L'Azienda negli ultimi anni ha proceduto al completamento della Rete di cure palliative, quale aggregazione che garantisce l'erogazione delle prestazioni nei diversi setting (hospice, domicilio, ambulatorio ...) con riferimento, in particolare, da ultimo, agli assetti organizzativi delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di accesso alla rete di cure palliative e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016) necessari per supportare il coordinatore nella pianificazione, programmazione ed organizzazione delle attività di assistenza e di funzionamento della rete.

Nel triennio di riferimento proseguono gli obiettivi in tema di:

- **Punto unico di coordinamento (PUC) di Cure Palliative:** strategico per la corretta presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica. La centralità del PUC è fondamentale per governare la funzionalità della Rete e per un'ottimale gestione degli indicatori di attività/performance. L'equipe di cure palliative continua a garantire quelle iniziative verso i professionisti delle strutture invianti ed operanti nella Rete, per una opportuna informazione sulle corrette modalità di

attivazione della consulenza palliativistica ed una efficace presa in carico, oltreché per una condivisione degli strumenti di valutazione multidimensionale, essenziali per definire il percorso organizzativo.

- Potenziamento della presa in carico di **patologie non oncologiche** in fase terminale, 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, al fine di garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, sostenendo il paziente nelle scelte terapeutiche, nella programmazione del percorso di cura e nella comunicazione tra il 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 ai fini dell'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. A tal proposito 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 continua a garantire l'impegno, avviato negli ultimi anni, rivolto 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, nonché per lo sviluppo di strumenti comuni di formazione e di continuità (contattabilità telefonica, reperibilità).

In conclusione, l'Azienda in attuazione del DM 77/2022 che riorganizza la rete territoriale, si pone l'obiettivo di garantire un'assistenza proattiva, personalizzata, multidisciplinare e di prossimità capace anche di gestire le necessarie interazioni con la rete ospedaliera e con le altre reti tempo-dipendenti e di specialità, valorizzando il domicilio quale luogo privilegiato di assistenza, per le persone non autosufficienti e con cronicità complesse quando appropriato, anche utilizzando gli strumenti della sanità digitale (telemedicina, medicina predittiva e strumenti di intelligenza artificiale).

Allo stato attuale, il monitoraggio dello stato di implementazione degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite di AGENAS, ai sensi dell'art. 2 del DM 77/2022. Tale attività si inserisce nell'ambito del più ampio sistema di monitoraggio dei servizi a livello nazionale, che comprende, tra gli altri, gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA e il Piano Nazionale Esiti.

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

### **Area Consultorio Familiare**

**Percorso nascita.** 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 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, 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).

Il Consultorio Familiare è altresì orientato a fornire un'adeguata assistenza al puerperio ancor prima della dimissione ospedaliera. Per questa ragione e per favorire una continuità di presa in carico fra Ospedale e Territorio è garantito un accesso quotidiano dell'ostetrica del Consultorio in ospedale per la presa in carico della puerpera e del neonato. A questa prima conoscenza si correla, a seconda della necessità, l'accesso della donna e del bambino agli spazi dedicati ad entrambi all'interno del Consultorio oppure vengono proposte visite domiciliari da parte dell'ostetrica. Nel caso in cui lo si ravvisi necessario alle puerpere è possibile offrire consulenze ostetriche e/o psicologiche per la prevenzione dei disturbi psicologici perinatali.

Posto che nel prossimo triennio si intende mantenere e consolidare tale percorso, al fine di migliorare la presa in carico territoriale e rafforzare le attività del Percorso nascita, si può immaginare un potenziamento dell'assistenza consultoriale in particolare nelle sedi periferiche presso le Case della Comunità (Castel S. Pietro, Medicina e Borgo Tossignano) o presso la sede di altri Comuni (es. Mordano).

Il Consultorio, inoltre, si impegna a rafforzare il sostegno alla genitorialità collaborando con il Tavolo Tutela per le attività di sostegno ai genitori su prescrizione ed invio da parte delle autorità giudiziarie come da decreti del Tribunale o della Procura.

Si potenzieranno anche i progetti per i primi mille giorni di vita, favorendo l'accesso delle neo mamme sia al gruppo "Tana delle mamme" che all'Ambulatorio del Puerperio, tramite iniziative di sensibilizzazione.

Per migliorare l'integrazione Ospedale-Territorio si svolgono incontri di equipe che coinvolgono operatori ospedalieri e consultoriali per definire percorsi NIPT, IVG chirurgica e farmacologica e modalità di accesso al GAR (ambulatorio di gravidanza a rischio).

Già dal 2020 si è consolidata l'integrazione fra il Consultorio Familiare e il Servizio di Anatomia Patologica, destinando ore di ostetrica a garanzia dell'attività di screening dei tumori del collo dell'utero nella nostra popolazione, in tutte le sedi individuate dal programma di screening (Imola, Castel S. Pietro, Medicina e Borgo Tossignano). Dopo un congruo periodo di formazione, le ostetriche le ginecologhe le psicologhe e i pediatri di libera scelta hanno iniziato la sperimentazione per l'implementazione del Progetto Ministeriale "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum", tramite screening che evidenziassero l'insorgere di disturbi emotivi perinatali. In considerazione della sua efficacia si intende mantenere attivo tale screening che tramite la somministrazione delle domande di *Whooley* ha permesso di migliorare la collaborazione fra servizi sanitari e territoriali e ha favorito una maggiore attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per 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.

Si propone di arricchire l'offerta di incontri destinati a neo genitori, includendo fra gli altri il tema dell'utilizzo del digitale e degli effetti sulla relazione genitori/bambino.

**Salute riproduttiva.** 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 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.

**Spazio giovani adulti.** Da febbraio 2018 è operativo uno spazio ad accesso facilitato per Giovani Adulti per soddisfare i bisogni di salute di questa utenza con particolare riferimento alla tutela della fertilità maschile e femminile. La fase di accoglienza (ad accesso libero e gratuito) è di competenza delle ostetriche, le quali valuteranno ogni singolo caso ed intervento inviando gli utenti, qualora necessario, ai vari professionisti dell'equipe consultoriale (ginecologa, psicologa, urologo).

**Salute in età pediatrica e adolescenziale.** In ambito di promozione della salute in adolescenza, la programmazione aziendale è rivolta a consolidare quanto avviato in termini di offerta di interventi di educazione sanitaria finalizzati al benessere e alla salute dell'adolescente, in un'ottica preventiva.

A partire dal 2021, il Consultorio Familiare è inserito nelle attività relative all'Affido con un contributo di ore di psicologo. Quest'area di attività prevede la conduzione dell'equipe Affido in collaborazione con Asp circondario imolese, coinvolgendo anche l'Unità operativa di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza. L'equipe svolge:

- attività di consulenza ai genitori o ai single che accolgono bambini in affido;

- confronto e discussione insieme alle equipe territoriali su casi complessi di affido;
- conduzione dei gruppi formativi ed informativi di aspiranti affidatari;
- conduzione dei gruppi di affidatari a cadenza mensile.

**Contrasto alla violenza.** Proseguirà nei prossimi anni l'impegno dell'Azienda nelle attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori articolate mediante:

- Convocazioni periodiche dei membri del Tavolo Tecnico di contrasto al maltrattamento, composto da figure professionali socio-sanitarie e provenienti dalle associazioni del territorio e dalle Forze dell'Ordine, per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere.
- Collaborazione alla rivisitazione e aggiornamento della guida "Diciamo No alla violenza" contenente tutte le informazioni sui servizi socio-sanitari e sulle associazioni presenti nel territorio che si occupano di contrasto alla violenza.
- Costituzione di un Tavolo Operativo di contrasto al maltrattamento per la discussione e condivisione di casi in carico ai servizi per l'individuazione di buone prassi e riconoscimento di aree di miglioramento.
- Aggiornamento del Percorso aziendale di presa in carico delle donne vittime di violenza.

Discendenti dalla DGR 1423/2017 si collocano gli interventi per contrastare la violenza di genere avviati dall'Azienda e che proseguiranno nei prossimi anni, prevedono anche la realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori socio sanitari con particolare riferimento alla conoscenza ed applicazione corretta del Codice Rosso, oltre che una formazione continua su casi complessi che necessitino di supervisione.

In questa ottica si inserisce anche l'organizzazione e conduzione di formazioni periodiche a cadenza semestrale destinate a tutte gli operatori socio sanitari e delle Forze dell'ordine per la rilevazione precoce ed il contrasto al maltrattamento contro le donne e i minori.

**Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere.** Il Consultorio coordina il Gruppo Migranti e Vulnerabilità dal quale discende la costituzione e apertura di un Ambulatorio Migranti presso la Casa della Comunità di Imola che eroga servizi sanitari in favore dei migranti, al fine di 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).

## **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, dando corso alla riorganizzazione 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. Il luogo della cura è il territorio e la metodologia di riferimento è quella della Salute Mentale di Comunità. A tal fine, gli obiettivi riguardano:

- 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 possibile ed applicazione delle metodiche per le quali esistono evidenze scientifiche, in una ottica di appropriatezza, trasparenza e condivisione, evitando il tecnicismo e favorendo l'umanizzazione della cura.
- Implementare lo sviluppo in rete di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, 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 la integrazione progettuale e organizzativa di natura sanitaria e sociale sia all'interno del Dipartimento che 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 Degenze 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 gruppalì 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 InSiDER) a garanzia della qualità della assistenza erogata.

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 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 Percorsi Terapeutici Riabilitativi Individuali scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative.

Nell'ambito della programmazione aziendale si collocano inoltre la progressiva realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenze nelle Case della Comunità, 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 automutuoaiuto.

L'Azienda mantiene 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".

Le attività di tutte le Unità operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, alla luce delle direttrici di intervento, proseguono nel garantire la rimodulazione degli interventi con metodologie che favoriscono la permanenza a domicilio, tipicamente mediante l'utilizzo del Budget di Salute e le attività di prossimità, di cui si prevede ulteriore implementazione.

Si richiama, in tal senso, la DGR n. 1322/2024 che detta le Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi del DSM-DP, implementando appunto un modello di riabilitazione ed assistenza a forte impronta comunitaria e di integrazione socio-sanitaria, in alternativa ai percorsi residenziali.

In tema di Dipendenze Patologiche si richiama l'Azienda è orientata a programmare l'attività dei servizi al fine di affrontare i nuovi bisogni emergenti (addiction oppiacei – addiction cocaina - addiction da comportamenti) nonché a garantire le prestazioni di psicologia nelle diverse progettualità trasversali.

## **Obiettivo: Ambito socio-sanitario**

### **Consolidamento dei punti unici di accesso PUA**

Al momento sul territorio aziendale sono già attivi quattro PUA, due presso le Case della Comunità HUB di Imola e Castel San Pietro e due presso le Case della Comunità Spoke di Medicina e Vallata del Santerno.

A gennaio 2025 è stato infatti attivato lo sportello PUA presso l'Area accoglienza della Casa delle Comunità di Imola, che si è aggiunto agli altri tre PUA già attivi nel 2024.

Come previsto dal DPCM del 03/10/2022 relativo al "**Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024**" e delle indicazioni regionali di cui alle DGR n. 905/2023 e n. 2161/2023, i PUA sul territorio imolese sono stati avviati con un accordo di programma tra Nuovo Circondario Imolese, ASP Circondario Imolese e AUSL di Imola che ha regolato l'utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze 2022-2024 ed in particolare ha consentito come previsto dalla programmazione nazionale e regionale di prevedere con specifiche risorse FNA la presenza di 2 assistenti sociali presso i PUA, che sono state assunte da ASP.

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.

Nel prossimo triennio, l'AUSL in collaborazione con il Nuovo Circondario ed ASP, dovrà promuovere e consolidare definitivamente, sia in termini qualitativi, sia in termini quantitativi, i punti unici di accesso PUA garantendo la piena realizzazione di quanto stabilito dall'accordo di programma già sottoscritto a livello distrettuale e delle indicazioni della programmazione nazionale e regionale. Occorrerà infatti assicurare l'operatività dei PUA per le attività di accesso, valutazione, presa in carico e progettazione dei servizi assistenziali e sociosanitari, in modo uniforme su tutto il territorio della Azienda. A tal fine, è prevista anche la partecipazione dei professionisti di AUSL ed ASP agli specifici tavoli tecnici per la condivisione di un modello operativo comune e degli strumenti tecnici di valutazione e monitoraggio sia a livello metropolitano, che regionale.

### **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. Nel triennio 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, a partire dalla Det. RER n. 15465/2020.

Nel territorio imolese, le attività di sostegno finanziate con il "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" sono state realizzate principalmente nel settore demenze e della disabilità,

sono, inoltre, garantiti interventi di sollievo e assegni di cura con risorse FRNA e FNA, nell'ambito della programmazione annuale. Nel corso degli anni sono state anche realizzate attività di formazione rivolte a caregiver e assistenti familiari ed anche attività di informazione tramite il portale aziendale ed opuscoli dedicati a temi specifici. Come anticipato dalla Regione nella DGR 1045/2025, nel corso del 2025 e per gli anni successivi si prevede un incremento delle risorse regionali destinate agli interventi per il caregiver familiare, che si aggiungeranno alle risorse del fondo nazionale. Grazie a tali risorse si potrà consolidare e sviluppare ulteriormente il percorso di qualificazione degli interventi a sostegno dei caregiver familiari sulla base delle indicazioni operative regionali e alla luce dei principi della legge regionale sul caregiver come modificata dalla nuova legge 5/2024. Si dovranno realizzare ulteriori iniziative formative, informative, di orientamento e sollievo. Particolare attenzione come in passato è da indirizzarsi ai caregiver di persone con disabilità e di persone con demenza. Verrà, inoltre, garantita la relativa rendicontazione sull'utilizzo delle risorse regionali e nazionali, in collaborazione con Nuovo Circondario Imolese ed ASP.

### **Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza**

Con la DGR 1045 del 30/06/2025 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) l'adeguamento delle tariffe dei servizi sociosanitari accreditati secondo quanto definito con successiva specifica deliberazione, nonché 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) lo 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 (di cui alla 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 provvederanno, preve indicazioni specifiche agli ambiti distrettuali, al monitoraggio di attività e servizi erogati nel 2025 e nel triennio 2025-2027, per verificare l'effettivo 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. Sarà richiesta specifica relazione che descriva le scelte programmatiche alla base di volumi e tipologia dei servizi che sono stati sviluppati/incrementati, definite dal Comitato di distretto per l'annualità 2025 nell'ambito della programmazione dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale.

La programmazione pluriennale dovrà essere riallineata in coerenza con tempistiche e contenuti del prossimo Piano Sociale e Sanitario Regionale.

Utilizzando le risorse aggiuntive, l'AUSL di Imola dovrà dunque collaborare 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'AUSL di Imola, in collaborazione con gli Enti Locali, parteciperà alla programmazione e definizione della migliore offerta di servizi assistenziali realizzati dai gestori accreditati, e non accreditati, del sistema di servizi sociosanitari e socioassistenziali.

L'Azienda assicura, inoltre, il governo delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei servizi accreditati, garantisce in particolare attraverso la UO di Geriatria territoriale attività di supporto e consulenza alla rete delle CRA e svolge una funzione di raccordo e coordinamento rivolta ai Coordinatori delle CRA, offrendo anche attività formativa ai professionisti socio-sanitari dei servizi accreditati, monitoraggio presso i servizi e le attività di vigilanza di propria competenza. 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 garantisce il monitoraggio, nell'ambito degli indicatori **PIAO 2025 2027** "UTENTE Integrazione", dell'indicatore 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:  $\geq 24,6\%$ .

Nel 2024 il valore percentuale si attesta al 36,62%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 39,48%.

### **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 di quanto stabilito dalla programmazione regionale per il FRNA e nazionale per il Fondo nazionale delle non autosufficienze. Per il FNA si attende l'approvazione nel 2025 del decreto di assegnazione e programmazione delle risorse per il triennio 2025-2027.

Per quanto riguarda invece le risorse regionali con la DGR 1045 del 30/06/2025 è stato previsto un incremento delle risorse FRNA che, a partire dal 2025, devono essere utilizzate anche per lo sviluppo dei servizi per disabili in base alle necessità e priorità rilevate nell'ambito distrettuale.

L'Azienda inoltre contribuisce, in attuazione della Legge n.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 che sono stati realizzati sul territorio nell'ambito della programmazione sociale del PNRR.

Verrà 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, è chiamata a mettere a disposizione tutte le professionalità sanitarie necessarie alla definizione del progetto di vita rivolto alle persone con disabilità disabile nelle diverse fasi della vita ed in prospettiva è chiamata a partecipare in collaborazione con gli Enti Locali alla realizzazione di quanto previsto dalla riforma nazionale sulla disabilità, che entrerà 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, già avviato in passato, con l'obiettivo garantire opportunità di assistenza domiciliare e residenziale per le persone e le famiglie che si trovano ad affrontare una situazione di gravissima disabilità (Oneri per assistenza presso strutture residenziali pubbliche della Regione; Assegni di cura; Contributi aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto).

Il sistema informativo SIVER monitora, nell'ambito degli indicatori sui 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 maggiorenne con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04).

- **(IND499)** Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti. Valore atteso aziendale:  $\geq$  std RER. Nel 2024 il tasso risulta pari a 0,36 vs 0,38 del 2023 e 0,32 del 2022. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 0,35.

### 3.1.3 Esiti – Indicatori

Si riportano gli indicatori di Esito monitorati sul **Sistema di indicatori per la valutazione e il monitoraggio delle performance delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale (SIVER)**.

Per quanto concerne gli indicatori di Mortalità a 30 giorni, si osserva:

- **H23C** "Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG". Target:  $\leq 13,60\%$ . L'esito 2024 risulta pari a  $16,95\%$  registrando un significativo incremento vs il 2023 ( $6,47\%$ ) ed anche rispetto all'andamento aziendale degli ultimi tre anni. La media regionale 2024 risulta pari a  $9,39\%$ .
- **H24C** "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - NSG". Target:  $\leq 12\%$ . L'esito 2024 rientra nel target regionale e rispetta l'atteso aziendale: pari a  $6,21\%$  risulta in decremento rispetto al 2023 ( $7,93\%$ ), vs una media regionale 2024 pari a  $8,39\%$ .

Seguono specifici indicatori di esito sull'attività di Colectomia laparoscopica:

- **IND379** "Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Target:  $95\%$ . L'Azienda nel 2024 risulta pari a  $98,26\%$  vs  $99,48\%$  del 2023. Il valore medio regionale risulta pari a  $80,05\%$ .
- **H05Z** "Proporzione colectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG". Target:  $\geq 90\%$ . L'AUSL di Imola rileva un esito 2024 pari a  $90,70\%$  vs  $92,00\%$  nel 2023. Il valore medio regionale risulta pari a  $87,21\%$ .

In riferimento al parto:

- **H17C** "% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG". Target:  $< 20\%$ . L'esito 2024 risulta pari a  $14,97\%$  in incremento rispetto al  $12,85\%$  del 2023, ma nel rispetto del target regionale e del valore atteso aziendale. Il valore medio regionale 2024 è pari a  $14,84\%$ .
- **IND402** "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target:  $\leq 0,7\%$ . Valore atteso aziendale:  $\leq$  std RER. L'esito aziendale 2024, pari a  $1,22\%$ , risulta in lieve calo rispetto al  $1,52\%$  del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a  $0,97\%$ .
- **IND403** "Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target:  $\leq 1,2\%$ . Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. L'Azienda mostra un valore 2024 pari a  $1,07\%$  superiore all'atteso aziendale, ma nel rispetto del target regionale ed inferiore al valore regionale 2024 ( $1,60\%$ ).

In riferimento ai tempi di attesa per intervento chirurgico, si rileva:

- **IND1013** "% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario". Target:  $\geq 80\%$ . Il valore aziendale 2024 ( $81,91\%$ ) risulta la performance migliore a livello regionale, nel rispetto del valore atteso. Il valore medio regionale risulta pari a  $66,59\%$ .

La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi

dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

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

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,02 vs 18,03 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 17,71.

La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

- **D02C** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - NSG. Target:  $\leq 13,95$ . Risultato aziendale atteso:  $\leq$  Anno 2023.

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,07 vs 18,45 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 15,04.

## 3.2 Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

### 3.2.1 Sotto sezione: Programmazione della 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 è impegnata a proseguire le azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM Salute n. 70/2015. Permane 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.

Al 31/12/2024, i posti letto del Presidio Ospedaliero di Imola, direttamente gestiti sono pari a 344. Nel 2024 la dotazione di Posti Letto ordinari, rispetto al 2023, rileva un incremento di +1 PL in esito alla complessiva riorganizzazione dell'area medico internistica che ha determinato l'unificazione dei due reparti di Medicina interna ed il potenziamento dell'area geriatrica.

I PL Day Surgery si riducono di una unità a seguito del trasferimento dell'Unità operativa complessa e dell'attività ambulatoriale di Oculistica dalla sede di Castel San Pietro Terme all'Ospedale di Imola (prot. n. 0019660 del 13/06/2024). Invariati risultano i PL di Day Hospital (5).

<b>Posti Letto</b>	<b>31/12/2020</b>	<b>31/12/2021</b>	<b>31/12/2022</b>	<b>31/12/2023</b>	<b>31/12/2024</b>
<b>PL ordinari</b>	<b>335</b>	<b>336</b>	<b>336</b>	<b>331</b>	<b>332</b>
<b>PL Day Hospital</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>PL Day Surgery</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
<b>Totale</b>	<b>353</b>	<b>351</b>	<b>353</b>	<b>344</b>	<b>344</b>

L'efficienza nell'utilizzo dei posti letto è legata 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 pone 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**) si richiamano i seguenti indicatori:

- (**IND872**) Indice comparativo di performance (ICP). Target:  $\leq 1,25$ . Il valore atteso aziendale:  $\leq$  Anno 2022.

Nel 2024 l'ICP complessivo aziendale risulta pari a 1,17 vs 1,15 del 2023 e 1,20 del 2022.

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

Nel 2024 tale indice risulta pari a 0,85 vs 0,85 del 2023 e 0,85 del 2022.

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: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2024 l'indice aziendale risulta pari a 51,94, inferiore alla media degli ultimi tre anni (53,44). L'indice medio a livello regionale risulta del 77,78.

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

Nel 2024 l'indice risulta pari a 20,30, leggermente inferiore alla media degli ultimi tre anni (21,38). L'indice medio a livello regionale risulta pari a 9,60.

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

Nel 2024 l'indice aziendale è 27,76 vs una media degli ultimi tre anni pari a 25,17. L'indice medio a livello regionale è 12,62.

Costituirà, inoltre, impegno dell'Azienda, l'attenzione verso azioni di miglioramento del setting di erogazione delle prestazioni, in particolare chirurgiche, che possano determinare DRG a rischio di inappropriately. Come evidenziato nella sezione "dati di Attività", 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" (H04Z-NSG InSiDER), mostra un andamento dell'ultimo esercizio pari a 0,16 in linea con il valore medio RER, mostrando pertanto un margine di miglioramento rispetto all'ultimo triennio.

### **Reti cliniche integrate - Accordi di integrazione a gestione interaziendale**

L'Azienda promuove la collaborazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione e gli altri soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini, in quanto appartenenti al medesimo sistema sanitario. In particolare, con le Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana, l'Azienda coopera per la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi, per la realizzazione di reti cliniche e di progetti di integrazione tra Aziende. Il modello di rete clinica integrata, come previsto nel Decreto Ministeriale n. 70/2015, ha l'obiettivo di assicurare una presa in carico globale del paziente in condizioni di equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi.

Le Reti Cliniche integrate organizzano i processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, secondo un modello a rete, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) attraverso l'aggregazione di professionisti appartenenti a diversi livelli di cura, che lavorano in modo coordinato, superando confini e barriere poste dalle originarie configurazioni istituzionali ed organizzative delle strutture aziendali cui appartengono, sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate

per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Gli obiettivi principali perseguiti con l'implementazione di un modello di Rete clinica integrata sono:

- centralità del paziente, garantendo un'assistenza personalizzata, appropriata e tempestiva ai bisogni di salute e assicurando la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei servizi nel percorso di presa in carico (a livello sia ospedaliero sia territoriale);
- integrazione dei servizi, collegando e coordinando strutture, professionisti e livelli di assistenza (in ambito di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione), nonché promuovendo la multidisciplinarietà finalizzata a un approccio globale alla presa in carico del paziente;
- qualità e sicurezza delle cure, favorendo l'implementazione di linee guida condivise e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) basati sulle migliori evidenze scientifiche, garantendo il monitoraggio degli esiti e promuovendo il miglioramento continuo della qualità delle cure;
- accessibilità ed equità, favorendo una presa in carico di prossimità nell'ambito dei diversi percorsi clinico assistenziali;
- sostenibilità ed efficienza, favorendo l'utilizzo appropriato delle tecnologie e il ricorso appropriato dei servizi, a garanzia della sostenibilità del sistema;
- innovazione e formazione, promuovendo la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica, sviluppando sinergie in tale ambito con le strutture regionali vocate alla ricerca, e favorendo la formazione continua degli operatori per il mantenimento delle clinical competence;
- partecipazione e comunicazione, coinvolgendo pazienti, care-giver e la stessa comunità nei processi decisionali, in un'ottica di trasparenza.

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 e 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 seguenti 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 di Citologia, concentrati 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. Nell'ambito del Dipartimento DIAP si collocano gli sviluppi relativi alle attività di centralizzazione degli allestimenti nel Laboratorio Unico di Citologia e Immunocitochimica presso la UOC dell'AUSL di Imola e la centralizzazione degli allestimenti di istologia presso il laboratorio dell'AUSL di Bologna.
- **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 sovraaziendale.
- **Integrazione Banca delle cornee:** sedi di Bologna e Imola, in attuazione della DGR 2118/2018 ad oggetto "Approvazione del progetto di riorganizzazione della Banca delle Cornee dell'Emilia-Romagna", 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 2025.

Sotto forma di reti cliniche integrate, il novero delle **collaborazioni** realizzate dall'AUSL di Imola, comprende:

- 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-pediatrica.
- La collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione di medici specializzandi in Urologia e in Chirurgia Generale.
- 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 Metropolitan (TUM).
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (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 Metropolitan per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all'AOU quale sede Hub.

- 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 quanto riguarda la disciplina di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva che 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 Ospedaliera Universitaria di Bologna attivato in tema di sviluppo della **chirurgia otologica**.

Il 2023 ha rappresentato, per l'AUSL di Imola, l'anno di attivazione ed avvio di progetti di sviluppo e rilancio della chirurgia mininvasiva, tramite l'implementazione della **Chirurgia robotica**, nell'ambito del progetto comune di sviluppo con l'IRCSS-AOU di Bologna relativo alle discipline di **Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia**. In questo specifico ambito si inquadra anche la possibilità di avviare progetti di ricerca e didattica specialistica in collaborazione con UNIBO. In tema di utilizzo di tecnologia robotica in chirurgia, l'Azienda mantiene l'attenzione all'erogazione secondo criteri di elevata appropriatezza, in linea con le evidenze scientifiche a disposizione nonché secondo la policy regionale, da ultimo contestualizzata con DGR n. 639 del 5/5/2025 recante "Linee di indirizzo per la gestione della chirurgia robotica nella Regione Emilia-Romagna".

### **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. Si richiama a tal fine la DGR n. 2316 del 27/12/2022 che ha istituito la rete oncologica ed emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna dettando le relative linee di indirizzo del modello organizzativo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN).

L'AUSL Bologna e l'AUSL di Imola sono 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.

L'innovazione in ambito oncologico è inoltre orientata ai seguenti ambiti:

- Telemedicina: sarà strategico progettare nuovi modelli di monitoraggio clinico dei pazienti lungo sopravvivenza, in trattamento cronico o in follow up, utilizzando le tecnologie ad oggi disponibili, che consentono una valutazione clinica a distanza dei pazienti, riducendo il più possibile gli accessi in ambiente ospedaliero per procedure non diagnostiche o che non prevedano la somministrazione di farmaci per via endovenosa.
- Ricerca clinica: sviluppo della ricerca clinica presso le sedi oncologiche aziendali, sia partecipando autonomamente a studi clinici di nuova apertura, sia collaborando con gli IRCCS dell'area metropolitana, in modo da garantire a tutta l'utenza l'opportunità di poter essere arruolato nell'ambito di protocolli innovativi.
- Oncogeriatrics: costituzione di un PDTA del paziente anziano per la valutazione della fragilità alla diagnosi oncologica e un'ottimale gestione dal punto di vista terapeutico, secondo gli attuali standard dettati dalle maggiori società scientifiche in ambito oncologico.

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

L'Azienda ha consolidato un adeguato assetto direzionale del Dipartimento Sanità Pubblica Prevenzione (DSP) finalizzato al governo dei dati relativi alla popolazione e territorio, nonché alla produzione di conoscenze sui profili di salute; in relazione a ciò programma le proprie attività sanitarie di prevenzione e controllo di propria competenza basandosi su evidenze ed analisi dei rischi.

L'attività del Dipartimento di Sanità Pubblica è prioritariamente 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.

### 3.2.2 Sotto sezione: 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 prioritario tema 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 base alle più recenti Linee di indirizzo regionali (rif. Prot. 18/4/2023 0376598.U), il PPSC aziendale individua i processi prioritari per la gestione del rischio e sicurezza delle cure nell'AUSL di Imola, descrivendoli in specifiche "Schede di processo", che ne riassumono i principali elementi conoscitivi di contesto e ne riportano obiettivi generali, attività pianificate e indicatori di monitoraggio. In questa ottica il PPSC rappresenta quindi il principale atto istituzionale con il quale l'Azienda assume un impegno di sistema formale e verificabile per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

L'AUSL di Imola ha definito un sistema aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure, individuando, già a partire dal PPSC 2015-2017, il Board Aziendale per la Sicurezza (che corrisponde al Direttivo aziendale) quale organismo tecnico a supporto del Collegio di Direzione aziendale per le funzioni di programmazione e verifica delle attività afferenti alla sicurezza delle cure, avvalendosi a sua volta dei due Nuclei Operativi Rischio Clinico e Rischio Infettivo (NORC e NORI).

L'AUSL di Imola intende garantire nel triennio l'impegno per la promozione e la diffusione della cultura della sicurezza, promuovendo l'applicazione degli strumenti e metodi per la gestione del rischio e mantenendo nel tempo l'implementazione delle Raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tal fine la Direzione aziendale si adopererà per favorire l'attivazione di 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).

Gli obiettivi strategici che l'AUSL di Imola intende perseguire nel corso del triennio di riferimento, e che impegnano l'Azienda in un processo di miglioramento continuo per promuovere e garantire la sicurezza delle cure, si collocano in particolare negli 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.): in particolare si evidenzia che nel corso del 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 continuerà ad assicurare l'implementazione di SegnalER a livello aziendale, che dovrà essere completato con l'avvio del Modulo C (Gestione diretta dei sinistri) secondo il cronoprogramma definito dalla Regione Emilia-Romagna.

### **Implementazione degli 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 anche rispetto a metodologie di analisi proattiva (es. FMEA/FMECA, visite per la sicurezza, etc.). In particolare, già a partire 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.

Le "visite per la sicurezza" rappresentano l'occasione privilegiata 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 viene posta rispetto alla promozione tra gli operatori dei corsi FAD attivati a livello regionale (disponibili sulla piattaforma SELF-PA) sulle 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.).

### **Prevenzione del rischio infettivo e contrasto all'antimicrobico resistenza**

Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria rappresentano in tutto il mondo un problema prioritario di salute pubblica per la loro frequenza e gravità, avendo un impatto rilevante sulle popolazioni e sui sistemi sanitari in termini di morbosità, mortalità e costi attribuibili.

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.

Un ambito fortemente attenzionato a livello aziendale, anche in applicazione delle raccomandazioni nazionali, previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR), e regionali, secondo gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, riguarda il monitoraggio delle resistenze antibiotiche e la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici.

Il raggiungimento degli obiettivi in tale ambito è supportato dalle sinergie sviluppate all'interno dell'Area Metropolitana nell'ambito del "Dipartimento Interaziendale per la gestione integrata del rischio infettivo" (DIGIRI), con riferimento anche al contributo operativo della UOC interaziendale di Stewardship Antimicrobica. La prevenzione dell'antimicrobico resistenza e, più in generale, dell'*Infection Prevention and Control* (IPC) rappresenta un ambito strategico su cui l'Azienda è fortemente impegnata, con particolare riferimento agli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale per il triennio 2024-2026 (Deliberazione n. 226 del

10/11/2023 “Documento aziendale di programmazione del percorso formativo in tema di prevenzione e controllo dell’antimicrobicoresistenza (AMR). Triennio 2024-2026”).

Nel triennio di riferimento l’Azienda continuerà a presidiare l’ambito dell’*Infection Prevention and Control*, contribuendo all’implementazione del Piano Nazionale di contrasto all’antibioticoresistenza (PNCAR). In tale ambito sarà particolarmente importante mantenere e potenziare le sinergie sia tra i diversi Servizi aziendali (ospedale, territorio, prevenzione e sanità pubblica) sia a livello metropolitano e regionale.

### **Sicurezza in chirurgia**

La sicurezza in chirurgia rappresenta sempre, per numerosità di accadimenti, potenziale gravità di esiti e costi diretti e indiretti, un ambito meritevole di costante attenzione, soprattutto per la prevenzione degli eventi che possono verificarsi in sala operatoria. Dal 2008 (anno di 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 e ha promosso l’utilizzo di un’apposita check list (SSCL - *Surgical Safety Checklist*). A partire dal 2017 sono stati introdotti a livello regionale due specifici flussi informativi per monitorare l’applicazione della SSCL e l’attivazione del sistema di sorveglianza regionale SICHER (Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna); in particolare l’applicazione della SSCL è stato negli anni esteso anche all’ambito ostetrico (taglio cesareo) e, a partire dal 2025, all’ambito della chirurgia ambulatoriale.

Nel triennio l’AUSL di Imola continuerà a mantenere alta l’attenzione degli operatori per l’applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza in chirurgia (es. per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico; per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura; per preparare e posizionare in modo corretto il paziente; per la gestione delle vie aeree nell’adulto; per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto).

### **Sicurezza del farmaco e dei dispositivi medici**

La sicurezza nell’uso dei farmaci è una componente di primaria importanza nelle attività sanitarie e al suo perseguimento è indirizzato un convinto e costante impegno da parte 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: l’Azienda si impegnerà per sensibilizzare maggiormente operatori e cittadini rispetto all’importanza di segnalare sospette reazioni avverse comparse nella pratica clinica a seguito della somministrazione di un farmaco. Analogamente, la precoce individuazione del rischio associato all’utilizzo dei dispositivi medici è una strategia necessaria per migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari: a tal fine si promuoverà tra gli operatori l’importanza della vigilanza sui dispositivi medici.

Per la promozione della cultura della sicurezza in ambito farmacologico e di utilizzo dei dispositivi medici, particolarmente utile sarà la diffusione tra gli operatori delle iniziative formative coordinate dalla Regione Emilia-Romagna, alle quali l’Azienda garantirà puntuale partecipazione.

## **Prevenzione delle aggressioni nei confronti degli operatori dei servizi sanitari**

Il fenomeno della violenza verso gli operatori dei servizi sanitari è un fenomeno 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, allegato parte integrante del PPSC, l'Azienda formalizza 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 prossimo triennio sarà fondamentale continuare a mantenere alto l'interesse a livello aziendale per la tematica, attraverso il periodico aggiornamento del Piano aziendale PREVIOS e la promozione di specifiche misure preventive tecnologiche, strutturali, organizzative e formative.

La sotto sezione **Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico**, nell'ambito del PIAO 2025-2027 presenta il monitoraggio di un set di indicatori. Si illustra di seguito l'andamento degli indicatori più significativi monitorati anche 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, con particolare attenzione per ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, 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:  $\leq 0,15$ .

Nel 2024 il rapporto risulta pari a 0,16, in miglioramento rispetto al 2023 e 2022 (pari a 0,18). Il valore medio regionale 2024 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.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 2 in mantenimento rispetto alla media degli anni precedenti (2023: 2,05; 2022: 1,94; 2021: 2,15). Il tasso regionale medio 2023 risulta 2,38.

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.

L'AUSL di Imola rileva un tasso 2024 pari a 21,15 in calo rispetto all'anno precedente (22,53). Il tasso RER 2024 risulta pari a 25,51.

Per valutare l'utilizzo della rete dell'emergenza urgenza da parte degli ospiti di strutture residenziali anziani (CRA) vengono monitorati i seguenti indicatori:

- (**IND505**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con accesso al PS.

L'AUSL di Imola presenta un 13,04% in incremento rispetto al 2023 (11,74%). La % 2024 a livello regionale risulta pari a 16,60%.

- (**IND506**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni.

Per l'AUSL di Imola il valore 2024 risulta pari a 3,42% vs 3,31% nel 2023, 1,79% nel 2022 e 2,83 nel 2021. La % 2024 a livello regionale risulta pari a 4,46%.

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.

- (**IND863**) Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio.

L'indice aziendale 2024 risulta pari a 939,16 in incremento rispetto al 2023 (862,85). L'indice di consumo medio regionale 2024 risulta pari a 924,98.

- (**IND864**) Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio.

L'indice aziendale 2024 risulta pari a 748,02, in calo rispetto al 2023 (795,64). L'indice medio regionale 2024 risulta pari a 719,92.

L'indicatore sul consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali.

- (**D13C**) Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG.

Il consumo aziendale 2024 risulta pari a 94,29, in decremento rispetto al 2023 (96,61). Il consumo medio regionale 2024 risulta pari a 75,16.

**Antibiotici sistemici in ambito territoriale.** Il contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato, è finalizzato a contrastare l'antimicrobicoresistenza.

Nel 2024, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene proposto come prioritario 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 dei quattro indicatori che lo compongono, ciascuno dei quali può assumere un valore massimo di 5 punti. Di seguito l'esito dell'indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

- (**IND1012**) Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target:  $\geq 15$  punti.

Nel 2024, l'Azienda presenta un valore pari a 13 punti, in incremento rispetto al 2023 (12 punti). Il punteggio medio regionale risulta pari a 14 punti.

## **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.

Gli indirizzi regionali contemplano un ampio raggio di interventi di appropriatezza d'uso e prescrizione sia in ambito ospedaliero che con riferimento alla farmaceutica convenzionata, con obiettivi specifici su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa, sottolineando l'importanza affinché tutte le parti e gli attori che intervengono e interagiscono in tale ambito, sia di area territoriale che ospedaliera, siano coinvolti costituendosi parte attiva nel perseguimento degli obiettivi.

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 governo del buon uso del farmaco e il perseguimento degli obiettivi regionali per **appropriatezza di consumi e spesa** costituiscono pertanto impegni dell'Azienda su cui convergono azioni diversificate da parte di tutti i professionisti coinvolti, sia nell'ambito della farmaceutica convenzionata e territoriale sia nell'acquisto e consumo ospedaliero di farmaci. L'uso appropriato dei farmaci costituisce obiettivo aziendale per il quale rappresentano elementi di presidio la promozione del ricorso ai farmaci generici, l'ottimizzazione nel perseguimento dell'appropriata gestione delle terapie croniche, anche sulla base del piano nazionale cronicità, nonché l'impiego del Prontuario Terapeutico Regionale quale strumento di indirizzo alla pratica clinica.

Al fine di perseguire gli obiettivi regionali di consumo sulle categorie critiche ed il progressivo miglioramento dell'andamento della spesa l'Azienda ha messo a punto un sistema strutturato di azioni articolato nei seguenti principali interventi:

- 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 iperprescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale.
- 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, obiettivo attribuito a tutti i Dipartimenti ospedalieri.
- Incontri stabili 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.

Prosegue l'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.

Particolare attenzione è 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 rivolti alla cura delle Malattie Rare**, sui quali si mantiene un costante monitoraggio.

Sotto il profilo della programmazione e governo della spesa l'Azienda mantiene il costante presidio degli andamenti mensili della farmaceutica convenzionata, territoriale e per acquisto ospedaliero nonché l'adozione di strumenti di governo clinico per i quali è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- Del 100% dei Piani Terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE con particolare riferimento ai farmaci antivirali per l'Epatite C in ordine alla compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi.
- Dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo a specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back nonché per la gestione dei rimborsi derivanti dalla Accordi AIFA per la condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing).
- Del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, dei farmaci Cnn e fuori prontuario regionale.
- Della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici al fine di una corretta e completa alimentazione del data base oncologico regionale rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali.

L'Azienda, inoltre, mantiene l'impegno nella promozione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio sanitario. Si richiama a tal fine l'applicazione ed il monitoraggio della procedura aziendale in tema di ricognizione e riconciliazione delle terapie farmacologiche.

### **Dispositivi Medici**

Parimenti l'Azienda si impegna a promuovere l'uso appropriato dei dispositivi medici secondo gli indirizzi elaborati dalle Commissioni e dai gruppi di Lavoro regionali.

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).

Al contempo, 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.

Pertanto, l'Azienda mantiene l'impegno a garantire un efficace sistema di vigilanza dei dispositivi medici per identificare rapidamente problemi legati all'uso dei dispositivi 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.

### **Farmacia dei servizi**

L'Azienda si impegna ad attuare le progettualità definite attraverso le Intese sottoscritte tra Regione e Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, come da DGR n. 2365/2024, di proroga della DGR 1201/2023 (Intesa farmacie e relativi ambiti di attività), 1609/2024 (telerefertazione ambito cardiologico) e 1335/2024 (allestimento personalizzato antibiotici).

### **Informatizzazione delle prescrizioni e dei Piani terapeutici/Schede prescrittive**

L'Azienda si impegna a coinvolgere i servizi farmaceutici e gli ICT al fine di istituire modalità completamente informatizzate per la prescrizione, erogazione e monitoraggio di tutte le prescrizioni e tutti i piani terapeutici, a livello territoriale e ospedaliero, oltre che di tutte le prescrizioni relative ai prodotti dell'assistenza integrativa garantendo il rispetto di specifiche funzionali comuni in modo da assicurare lo stesso modello informativo tra le Aziende.

## **Obiettivo: Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale**

### **Mantenimento e lo 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 promuova e favorisca la visione sistemica dei processi direzionali e delle attività, al cui interno particolare attenzione ed approfondimento viene rivolta ad alcuni temi specifici tra cui: sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), monitoraggio delle performance (a partire dagli indicatori appartenenti al Piano delle Performance nonché al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), disponibili sulla piattaforma regionale SIVER), verifica periodica dei risultati, clinical competence, gestione del rischio ed umanizzazione. In particolare, con riferimento sia al 6° criterio ("Appropriatezza clinica e sicurezza") sia ai numerosi altri requisiti comunque afferenti al tema della sicurezza ricompresi negli altri criteri, si intende coordinare gli obiettivi strategici aziendali al fine di sviluppare le tematiche connesse alle modalità di gestione degli eventi avversi, mantenendo parallelamente in essere ed implementando tutte le attività già da tempo avviate in questi ed 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 conseguenti al recepimento del DM 19/12/2022 e della successiva DGR 1314/2024, a partire dal 2023 il PPSC aziendale viene aggiornato annualmente.

Nell'ottica di sinergia e collaborazione sopra evidenziata, la gestione del rischio è pienamente coerente con le indicazioni in tema di accreditamento nazionali e regionali nonché con la visione sistemica realizzata in Azienda attraverso lo sviluppo del Sistema di gestione qualità aziendale (SGQ), che garantisce le seguenti attività:

- sviluppo delle azioni di miglioramento emerse da verifica regionale, con il coinvolgimento delle UUOO, delle Direzioni tecniche e degli Staff interessati;
- monitoraggio del 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.) attraverso lo svolgimento periodico di audit interni (come da Programma Aziendale Audit, definito annualmente);
- pianificazione di momenti periodici di verifica dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza (Relazione annuale della performance, monitoraggio budget, etc.) anche tramite indicatori specifici (SIVER e Piano delle Performance, 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;
- promozione dell'attenzione, ai vari livelli aziendali, rispetto allo 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'Azienda continuerà inoltre a garantire la partecipazione dei propri professionisti alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati, con particolare riferimento alla partecipazione dei Valutatori e dei professionisti alle attività di verifica pianificate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA).

L'Ausl di Imola definisce annualmente il proprio 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.

## **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 uno per la gestione del benessere organizzativo degli operatori sanitari e uno 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 all'interno delle diverse Unità Operative in modo da poterle analizzare, definendo le matrici alla base di tali situazioni, il contesto nel quale si sono manifestate e proporre risposte specifiche ed univoche di fronte a situazioni riconosciute 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 contestualmente anche di tutte quelle azioni che possono essere messe in campo per migliorare 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, rivolto anche alle Aziende Sanitarie, consentendo di perseguire la *Total Worker Health*.

A livello aziendale, le attività legate alla Rete HPH sono ricondotte al coordinamento del Gruppo Benessere Aziendale (formalizzato con Deliberazione n. 233/2023 del 14/5/2024) individuato dalla Direzione aziendale 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 violenza di genere.

Per ciò che concerne la gestione della violenza sugli operatori, con il **Piano aziendale PREVIOS**, allegato parte integrante del Piano Programma Sicurezza delle Cure (PPSC), l'Azienda formalizza 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 (FFOO) o altri soggetti (Enti Locali, Terzo settore, etc.) che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza in Azienda.

L'Azienda aggiorna annualmente il Piano PREVIOS, allegato parte integrante del PPSC (ultimo aggiornamento rif. Deliberazione n. 92/2024).

Con il supporto del **Gruppo aziendale PREVIOS** (gruppo operativo multidisciplinare aziendale che si incontra di norma trimestralmente), l'Azienda monitora periodicamente gli eventi aggressivi, valutando le opportune misure da intraprendere, da proporre alla Direzione aziendale.

Si evidenzia, inoltre, che dal 2022 è stato attivato formalmente un **Tavolo inter-istituzionale di confronto tra Ausl, EELL e FFOO** sul tema delle aggressioni nei confronti degli operatori che lavorano nelle strutture 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”**

La piena applicazione della DGR 351/2018 in tema di rischio biologico rappresenta un tema cardine della sorveglianza sanitaria: la valutazione d’idoneità per il rischio biologico prevede già di base la valutazione dell’immunizzazione nei confronti di agenti aero ed emo trasmessi per i quali esiste la possibilità di prevenzione di malattia e trasmissione tramite vaccinazione.

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 sarà 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 le attività per 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. Il personale della Sorveglianza Sanitaria fatta la formazione sul Software specifico, implementerà l’uso sistematico di tale software per ciò che è inerente alle visite effettuate dal Medico Competente.

### 3.2.3 Sotto sezione: Programmazione dell'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, nonché 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 Performance che l'Azienda si pone.

L'Atto Aziendale, al Titolo V, riporta i criteri generali di organizzazione e il sistema delle Responsabilità in base al quale si inquadra l'attività aziendale. L'Azienda 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.

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 delle Azioni Positive
- Il Piano Aziendale Equità

**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 ad oggetto "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 gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, 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 l'AUSL di Imola ha adottato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2021-2023, quale specifica sezione del piano della Performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

In applicazione della logica di scorrimento programmatico si è, poi, provveduto all'aggiornamento annuale del Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022-2024 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".

Quanto alla pianificazione triennale degli obiettivi che si intendono perseguire nell'ambito dell'organizzazione aziendale tramite l'utilizzo dello Smart-Working si rimanda a quanto previsto nel POLA 2025-2027, parte integrante della presente Sezione, che nella logica di scorrimento programmatico sarà oggetto di aggiornamento annuale.

A seguire si riporta una tabella con gli indicatori percentuali relativi all'anno 2024, calcolati sulla base del bacino potenziale di personale amministrativo. Nel POLA 2025-2027 è altresì riportata una ulteriore tabella che fornisce evidenza della base dati utilizzata per il relativo calcolo che è stato effettuato con la medesima modalità

per tutte le Aziende di Area Metropolitana considerando il personale presente al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Aziendale 2024</b>	<b>Trend atteso nel triennio 2025-2027</b>
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori	3,49%	<b>Miglioramento</b>
% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori agili potenziali	31,86	<b>Monitoraggio</b>
% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali	14,99 %	<b>Miglioramento</b>

A seguire si riportano nello specifico, per i singoli indicatori, i criteri utilizzati:

% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori

totale dipendenti ("status dipendente") presenti al 31.12.2023/titolari di accordo di smartworking

% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali

titolari di contratto di smartworking/lavoratori agili potenziali (considerato come potenziale il solo personale amministrativo).

La percentuale calcolata utilizzando come divisore il solo personale amministrativo come potenzialmente agile fornisce un dato che rispecchia la mappatura formulata con il primo POLA che ha visto una stabilizzazione dei progetti realizzati sulla base della stessa. Si tratta di un dato da tenere monitorato nella visione futura di una possibile estensione anche a diversa tipologia di personale grazie alla diffusione di nuove tecnologie che potenzialmente lo renderebbero possibile.

% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali

n. di giornate di smart rilevato dalla specifica causale utilizzata nelle giornate in cui la prestazione è stata svolta in modalità agile /calcolo di giornate lavorative annue moltiplicate per il numero effettivo di titolari di accordo di lavoro agile.

Si rimanda Allegato 1 che contiene il Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2025 – 2027.

Eventuali Piani Attuativi annuali verranno formalizzati secondo quanto specificato dalla normativa di settore e, nell'arco temporale di riferimento, potrà essere anche pianificata la previsione di un incremento di standard.

## **Piano delle Azioni Positive**

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.

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".

## Piano Equità - 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, peraltro 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 dovranno necessariamente coordinare ed armonizzare, non solo internamente all'AUSL di Imola, ma anche all'interno del più ampio perimetro metropolitano.

Per quanto concerne la necessità di coordinamento delle attività *equity oriented* a livello metropolitano, entro il primo trimestre 2026, in concomitanza con il rinnovo in tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dei Board Equità aziendali e la redazione del nuovo Piano Equità Aziendale 2026-2028, sarà formalizzata la costituzione della Cabina di Regia Metropolitana Equità delle Aziende USL di Bologna ed Imola, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di S. Orsola, e dell'IRRCS IOR di un Piano Equità Metropolitano, che si costituisce come cornice comune ai piani Equità aziendali.

Le aree di intervento individuate per il prossimo triennio sono le seguenti:

- **promozione della cultura dell'equità** intesa come trasformazione organizzativa, valoriale e relazionale, sia internamente che esternamente l'organizzazione. Promuovere la cultura dell'equità significa agire sul sistema interno per renderlo consapevole, accogliente e orientato a valorizzare le differenze, attraverso percorsi di formazione, sensibilizzazione e riorientamento dei processi. Contestualmente si interviene all'esterno stimolando il dialogo con le comunità, rafforzando la capacità dei cittadini e sviluppando reti territoriali che sostengano una visione condivisa di salute come bene comune. In questo quadro si inserisce il progetto **Casa della Comunità Lab (CdC Lab)**, che rappresenta uno strumento strategico per accompagnare l'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale (SSR) in linea con quanto previsto dal DM 77/2022 e dagli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6. Il CdC Lab supporta la (ri)composizione di un modello innovativo di sanità fondato sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, promuovendo concretamente la cultura dell'equità attraverso processi trasformativi di natura organizzativa, valoriale e relazionale, sia all'interno dei servizi – mediante l'attivazione di équipe multiprofessionali di prossimità – sia nel rapporto con la comunità, coinvolta attivamente nella co-produzione della salute.
- **interventi volti a favorire equità di accesso**, ossia impegno concreto e puntuale nel contrastare le barriere digitali, linguistiche, culturali, fisiche ed organizzative che limitano l'equità nell'accesso ai servizi e la valorizzazione delle differenze. In questo ambito assumono rilevanza, tra le altre, le azioni mirate a ridurre il *digital divide*, ancora una volta esternamente ed internamente l'organizzazione sanitaria. Si

promuove equità anche sostenendo lo sviluppo di competenze digitali nei professionisti, attività peraltro prevista dallo stesso PNRR missione 6, affinché possano utilizzare in modo efficace, consapevole, accessibile ed integrato gli strumenti tecnologici nella pratica clinica ed assistenziale. Come previsto dalle normative vigenti, deve essere costantemente monitorata e garantita l'accessibilità informatica degli applicativi interni (per i dipendenti con disabilità) e del sito istituzionale (per il pubblico esterno) così come va parallelamente assicurata la piena accessibilità delle strutture.

- **interventi di prevenzione e promozione della salute** promossi in particolare nell'ambito dei Piani per la Prevenzione 2021-2025 e del prossimo PRP 2026-2030. In armonia con le indicazioni ed i coordinamenti attivi a livello regionale, l'Azienda promuove iniziative volte alla capacitazione dei cittadini riguardo all'adozione di prassi e stili di vita volti alla salute ed al benessere individuale e collettivo, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza fino all'età adulta e all'invecchiamento. L'intersectorialità di tali interventi va considerata fondamentale e qualificante, proprio nella consapevolezza di dover agire su determinanti di salute di natura non esclusivamente sanitaria, promuovendo la massima partecipazione comunitaria e mantenendo costante sia nell'ottica della partecipazione che dell'equità.
- **azioni e prassi di diversity management** che riconoscano, valorizzino e sostengano la diversità all'interno delle organizzazioni sanitarie, promuovano il benessere del personale e dei gruppi di lavoro e contrastino ogni forma di discriminazione.
- **interventi in ottica di genere** orientati alla personalizzazione dei percorsi e alla tutela di popolazioni target (es. LGBTQIA+, persone straniere, caregivers, persone vittime di violenza di genere, ...)
- **semplificazione del linguaggio ed health literacy** per migliorare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie, rendendo i materiali informativi e i percorsi comunicativi più chiari, accessibili, inclusivi e culturalmente sensibili. Questo impegno si sviluppa sia sul fronte esterno, attraverso azioni rivolte ai cittadini, sia sul fronte interno, con percorsi formativi per i professionisti orientati all'apprendimento di tecniche di comunicazione che favoriscano la comprensione da parte degli utenti, indipendentemente dal loro retroterra sociale, linguistico, culturale o formativo, allo scopo di facilitare la capacitazione del cittadino ed una maggior compliance alla cura, quindi migliori risultati di salute.

**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 l'implementazione di 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 in tal senso, contribuendo a sviluppare un sistema di prossimità per 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 a tecnologie innovative, in particolare 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. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. È nel solco delle linee guida nazionali e regionali, nonché della rilevanza ormai riconosciuta dalla comunità scientifica alla Telemedicina sul sistema salute, che l'AUSL di Imola si propone di potenziare i servizi di telemedicina in un'ottica di continuità delle cure e di monitoraggio dei pazienti a domicilio.

Gli ambiti di sviluppo della telemedicina nel triennio 2025 - 2027 riguarderanno l'implementazione dei servizi di Telemedicina (Telemonitoraggio, Teleassistenza, Televisita e Teleconsulto) sulla base della infrastruttura tecnologica che vedrà il suo potenziamento presumibilmente entro il 2025 con il nuovo portale regionale e nuove postazioni di lavoro dedicate (PC di specifiche adeguate) finanziate nell'ambito del progetto PNRR "Missione 6C1 I1.2.3 – Telemedicina, relativi al telemonitoraggio, per un migliore supporto ai pazienti cronici" e della regolamentazione regionale ai sensi della DGR 629/2023 avente ad oggetto "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 saranno 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.

## **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. Nel triennio 2025-2027 oltre a consolidare le esperienze già intraprese negli anni passati l'Azienda garantisce la propria partecipazione agli eventuali ulteriori processi di integrazione sia in ambito amministrativo che sanitario sulla base della programmazione che sarà condivisa in Area Metropolitana, al fine di perseguire maggiore efficienza gestionale e qualità dei servizi offerti.

### **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 altresì aderito al Servizio Unico Metropolitan 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 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.

### **Logistica**

Fermo restando eventuali sviluppi in ambito di Area Vasta e/o regionale in tema di integrazione logistica, l'Azienda è 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 avanzata di consolidamento. A seguito dell'adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (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 Metropolitan (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 qualità di struttura facente parte del Trasfusionale Unico Metropolitano, l'Azienda si impegna al miglioramento degli indicatori relativi all'autosufficienza dell'area stessa.

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 la programmazione di livelli di 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'IRCCS-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.

Nel corso degli anni l'AUSL di Imola ha avviato progetti di sviluppo di integrazione di funzioni e attività in sede metropolitana, approvate dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana (CTSSM), secondo modelli di gestione interaziendali, anche in collaborazione con Alma Mater Studiorum - UNIBO, e/o collaborazioni nell'ambito delle reti cliniche e del più ampio riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale.

Si conferma il valore strategico di partecipazione ai modelli organizzativi che intervengono nelle forme di Reti cliniche, al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse favorendo l'integrazione di competenze ed autonomia diverse. In tale contesto si pone l'impulso dell'Azienda alla qualificazione delle discipline chirurgiche, con particolare riferimento alla chirurgia interventistica mininvasiva, al fine di garantire sviluppo delle competenze, attrattività e accesso alle tecnologie innovative nonché lo sviluppo delle funzioni di pneumologia ospedaliera e territoriale.

L'Azienda si è posta altresì la prospettiva di implementare la fruibilità di funzioni di secondo e terzo livello per le discipline non presenti in azienda al fine di fornire ai cittadini punti di accesso a tali prestazioni favorendo la prossimità delle cure e migliorando le condizioni di presa in carico.

Per quanto concerne gli **Accordi di integrazione a gestione interaziendale** a livello provinciale, si rimanda a quanto illustrato alla Sotto sezione 3.2.1 "Programmazione delle strutture dell'offerta e della produzione", Obiettivo "Riordino assistenza ospedaliera". 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 IRCCS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

attivati nel 2022 in tema di chirurgia otologica ed in ambito ginecologico. Altresì si pone in evidenza, fra gli obiettivi di sviluppo nel triennio di riferimento, il rilancio della chirurgia mininvasiva, al fine di aumentare i livelli di autosufficienza e attrattività, mediante l'implementazione della **chirurgia robotica**, condotta da un progetto comune di sviluppo avviato con l'IRCSS-AOU di Bologna nelle discipline di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia. Fra i vari obiettivi di sviluppo condivisi si inquadra la possibilità di avviare anche progetti di ricerca e didattica specialistica. Si tratta di 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. Con riferimento agli ulteriori sviluppi nel triennio di riferimento, l'Azienda garantisce la propria partecipazione ai processi di integrazione di attività e funzioni, da realizzarsi anche attraverso la concentrazione strutturale delle funzioni tecnico-professionali, sanitarie, amministrative e logistiche, che saranno trattate e condivise in seno alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna (CTSSM).

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 aiuta a rendere i servizi più accessibili e adattati alle esigenze dei cittadini e degli operatori, migliorando l'esperienza di chi deve accedere ai servizi sanitari. 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 in questi ultimi anni ne sono prova la gestione dei referti TAO attraverso un portale in uso nelle Farmacie del territorio Imolese e dal 2024, grazie a fondi PNRR, l'Ausl ha portato i primi servizi per i cittadini sull'APPIO (quali gestione prenotazioni e pagamenti e comunicazioni di campagne informative) che vedranno un suo 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).

Oltre questo l'Ausl di Imola, nel triennio 2025-2027, sarà sempre più impegnata a garantire lo sviluppo di servizi ICT per garantire la semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi e già sono in corso tali progettazioni con integrazioni con il servizio SEND (di notifiche digitali) e di integrazioni con i servizi PAGOPA e INAD (domicilio digitale).

## **Obiettivo: Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico – Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico**

Il rilancio e il rinnovamento del Servizio Sanitario Italiano, alla luce del PNRR richiede una profonda trasformazione nel modo di generare salute, che imprescindibilmente può essere realizzata attraverso l'apporto delle nuove tecnologie digitali. L'automazione deve, pertanto, essere un valore aggiunto nel generare nuove modalità di lavoro e maggiore qualità ed efficienza dei servizi offerti ai cittadini.

L'AUSL di Imola, in questa prospettiva, si è posta, pertanto, quale obiettivo strategico la definizione di un programma di rafforzamento e sviluppo rivolto a dotare l'Azienda di una moderna e sostenibile struttura ICT diffusa ed integrata a livello di SSR. Allo stesso tempo ha aderito al Progetto Ministeriale rivolto a rafforzare le competenze digitali del proprio personale. Lo sviluppo e l'implementazione di una nuova infrastruttura di rete deve essere strumento per favorire l'accelerazione alla trasformazione digitale della sanità, come anche favorire la costruzione di un SSR più resiliente, capace di far fronte a situazioni diverse, garantendo la continuità della funzionalità delle strutture sociosanitarie anche in situazioni emergenziali.

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. Gli obiettivi principali, già richiamati, ai quali si è dato avvio negli ultimi anni e che proseguiranno nel triennio di vigenza del Piano:

- 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.

Pertanto, l'Azienda, nel triennio di riferimento, si impegna ad implementare tutte le azioni previste nel Piano per l'Innovazione e lo Sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale, nonché diffondere e promuovere il Fascicolo Sanitario Elettronico, perseguire l'integrazione con i servizi socio sanitari e garantire azioni che facilitino l'adozione e la diffusione delle credenziali SPID di identità digitale per i propri assistiti.

Dal 2023 l'Ausl di Imola ha garantito, grazie al finanziamento del progetto PNRR 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, il rispetto del piano di sviluppo di adeguamento di tutti i documenti al nuovo formato "FSE 2.0" che entro il 2026 garantirà oltre il

95% di documenti sanitari digitalizzati e firmati digitalmente fruibili dagli assistiti e interoperabili (cioè disponibili alla consultazione da parte di professionisti sanitari) in tutto il territorio italiano.

È obiettivo della Ausl di Imola di garantire sempre di più la completa informatizzazione dei documenti sanitari e nel corso del triennio 2025-2027, grazie a i fondi PNRR fino al 2026, verranno digitalizzati ulteriori documenti affinché il FSE costituisca uno strumento strategico per la fruibilità da parte dei cittadini, la verifica dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, consentendo al professionista sanitario, previa autorizzazione del cittadino stesso, di consultare on-line la storia clinica del paziente

### **Obiettivo: Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi**

**Sistema informativo.** Il sistema di reportistica regionale (Predefinita, Dinamica, InSiDER) sviluppato negli anni è lo strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi consentendo altresì la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, inclusi moduli di dettaglio per permettere il download aziendale dei dati di propria competenza.

Prosegue nel triennio di riferimento l'impegno dell'Azienda al mantenimento e all'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo, con particolare attenzione ai flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), correlato all'adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 il cui rispetto costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

In ordine alla tempestività nell'invio dei dati, monitorata tramite un set di indicatori su InSiDER, l'Azienda ha presentato un andamento generale nel pieno rispetto di tali indicatori che intende mantenere nel prossimo triennio. Pertanto, l'AUSL di Imola si impegna a garantire il rispetto delle tempistiche e della qualità dei dati atti a soddisfare gli adempimenti LEA richiesti dal livello nazionale e a rispettare le tempistiche e la qualità dei dati richiesta dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione al fine di adempiere agli obiettivi di programmazione e pianificazione.

### **Obiettivo: Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze**

L'Azienda attua e si impegna a garantire la corretta alimentazione dei flussi informativi previsti dal livello nazionale e regionale. Garantisce altresì il raccordo con il livello regionale per i sistemi di rilevazione e i registri di sorveglianza.

### 3.2.4 Sotto sezione: Programmazione delle 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, di cui alla Deliberazione n. 142 del 4/7/2025, precisando il seguente quadro di riferimento normativo:

- DGR n. 972 del 23/6/2025 recante "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025" che dispone "*di modificare la disciplina regionale relativa al percorso procedurale per l'approvazione regionale del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR di cui alla propria precedente delibera n. 990/2023, stabilendo che il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale adottato in via provvisoria dalle Aziende Sanitarie in sede di adozione dei Bilanci economici preventivi sia approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei Bilanci economici preventivi*".
- DGR n. 973 del 23/6/2025 avente ad oggetto "DGR n. 990/2023 recante Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR- Modifica, integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende ed Enti del SSR" che, in tema di Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) conferma le disposizioni contenute nella DGR N. 972/2025 sopra richiamate.

Il PTFP 2025-2027, adottato in via provvisoria, verrà trasmesso alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ai fini dell'approvazione regionale, nel rispetto delle tempistiche indicate nella nota regionale.

In linea con gli indirizzi di Valore pubblico e Performance nonché con riferimento allo sviluppo organizzativo dei servizi correlato agli investimenti del PNRR-PNC, i principali ambiti di intervento previsti nel "Piano attuativo del PIAO 2025-2027 relativo alla Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale" per il prossimo triennio su cui si innesta la programmazione delle dotazioni di personale, si configurano come di seguito dettagliato.

#### 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 calo 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 intende intraprendere politiche assunzionali volte a massimizzare le potenzialità assunzionali che il mercato del lavoro permetterà.

Il secondo elemento, di segno opposto, è quello che riguarda il personale medico, il cui trend si caratterizza per un livello uguale nei primi mesi del 2023, a compensazione della tendenza calante da giugno 2023; tutto ciò a conferma dell'inversione delle dinamiche del mercato del lavoro della componente medica che sta superando la crisi degli anni passati.

Premesso ciò ed effettuate le opportune valutazioni sulla copertura del turn over, l'Azienda è comunque tenuta al rispetto dei limiti economici assegnati dalla Regione e pertanto, per le figure professionali dirigenziali e per quelle non assistenziali, sarà necessaria una puntuale valutazione sulla loro copertura e sulla relativa tempistica. L'AUSL di Imola, insieme con le altre Aziende dell'Area Metropolitana garantisce, 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.

Altresì, l'Azienda - con la finalità di sopperire ad eventuali carenze di personale derivanti dalla sostituzione solo in parte delle cessazioni - ha 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**

L'Azienda nel triennio passato ha implementato le procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali 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, in relazione sia a quanto disciplinato dall'art. 20 del D.lgs. n. 75/2017 e s.m.i. sia a quanto previsto dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN.

Tale percorso ha condotto l'Azienda ad una incidenza del personale dipendente a rapporto di lavoro a tempo determinato sul totale aziendale del 2%, confermandosi entro livelli estremamente contenuti.

Per l'anno 2025 non si sono difatti 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. È ancora in corso la procedura di selezione, indetta nel 2024, ai sensi dell'art. 20 co.2 del D. Lgs.75/2017, per la stabilizzazione di un dirigente psicologo.

### **Linee di sviluppo delle attività**

Le linee di sviluppo dell'**Area Ospedaliera** che prevedono un investimento di personale fanno riferimento ai seguenti ambiti di intervento.

#### Area Chirurgica

Nel prossimo triennio occorre completare la riorganizzazione del percorso chirurgico, già avviata negli ultimi anni, attraverso le seguenti azioni:

- Completamento della riorganizzazione del percorso di programmazione e pre-ricovero del paziente chirurgico;
- Potenziamento dell'attività chirurgica e sviluppo ulteriore delle tecniche di intervento mininvasive laparoscopiche e robotiche (già pienamente a regime per le funzioni di chirurgia generale, ginecologia e urologia), da sviluppare per ORL e chirurgia senologica;
- Sviluppo della chirurgia della calcolosi urinaria ed incremento della presa in carico ambulatoriale dei pazienti di competenza; in relazione alla necessità di rispettare i tempi di attesa chirurgici, si rende opportuna l'acquisizione nel triennio di una unità di dirigente medico specializzato in Urologia;
- Rimodulazione dello schieramento del personale in sala operatoria diversificato in funzione della complessità clinica e assistenziale della casistica programmata, in modo da ottimizzare l'efficienza operativa e così contenere i tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi entro gli standard previsti dalla Regione. In particolare, si intende completare per tutte le discipline chirurgiche l'organizzazione di sedute operatorie omogenee per interventi di media-bassa complessità;
- Consolidamento del pool delle ostetriche integrate nell'equipe del blocco operatorio che, con la progressiva acquisizione di competenze, sostituiscono l'attuale personale infermieristico nell'attività di strumentista chirurgica ginecologica e nella gestione diretta delle emergenze ostetriche h 24;
- Sviluppo della chirurgia ambulatoriale con ulteriore riallocazione di attività di chirurgia ginecologica, urologica e di ORL di minore complessità dal Blocco Operatorio agli ambulatori chirurgici in funzione di una maggiore appropriatezza di setting.

#### Area Medica

Nel prossimo triennio occorre completare la riorganizzazione del Dipartimento Medico, già avviata negli ultimi mesi, attraverso le seguenti azioni:

- Consolidamento della funzione di bed management, in integrazione con la Centrale Operativa Territoriale e DMPO/PS
- Proseguire nel triennio la rimodulazione delle attività specialistiche con impegno esclusivo dei dirigenti medici di area internistica all'attività ambulatoriale ed alla presa in carico di pazienti complessi, per le seguenti specialità: Reumatologia, Endocrinologia-Diabetologia, Infettivologia, Ematologia, Angiologia e malattie della coagulazione, potenziando così l'offerta per esterni di visite/prestazioni specialistiche e

l'attività di consulenza per interni. In esito al completamento di tale rimodulazione si rende necessario, nel triennio, acquisire una unità di dirigente medico di area internistica per le attività di degenza.

#### Area Emergenza Urgenza

Il completamento della riorganizzazione del DEA, si realizzerà, previa attenta valutazione della dotazione organica del comparto assegnata, con le seguenti azioni:

- Attivazione dell'area a maggiore intensità assistenziale della Medicina d'Urgenza (che richiede l'acquisizione di n.6 infermieri);
- Riorganizzazione Medicina Trasfusionale in ambito metropolitano, con la prospettiva della cessione del ramo d'azienda, come già avvenuto per le altre Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana.

#### Area Diagnostica

Nel 2025 l'Azienda ha superato le criticità degli anni precedenti ricostituendo l'organico dei Tecnici di Radiologia e garantito le funzioni presso il blocco operatorio e le sale endoscopiche per le esigenze in ambito chirurgico, urologico e gastroenterologico.

Le linee di sviluppo dell'**Area dell'Assistenza Territoriale** segnano il cambio di paradigma che si è consacrato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e che vede nella assistenza primaria, nelle Case della Comunità, negli Ospedali di Comunità, nelle Centrali Operative Territoriali e nella Telemedicina i perni del nuovo modello, con il superamento della centralità dell'ospedale come luogo elettivo per affrontare le malattie croniche. Due tendenze dovranno svilupparsi in parallelo e necessariamente incontrarsi: da una parte una serie di investimenti strutturali e tecnologici (nelle Case della Comunità, nell'Ospedale di Comunità, nella Centrale Operativa Territoriale e nella Telemedicina) e dall'altra un investimento quali quantitativo nelle risorse umane e nella riorganizzazione dei servizi. In particolare, nel triennio in esame si dovrà realizzare:

- il completamento degli interventi strutturali già avviati per la realizzazione della Casa della Comunità (CdC) Hub di Imola che permettono di attivare l'area vaccinale adulti e pediatrica (entro 2025), l'area della cronicità (entro 2025);
- il completamento degli interventi strutturali già avviati per la realizzazione dell'implementazione dell'OSCO, con attivazione di un modulo di 15 posti letto aggiuntivi ai 21 attuali;
- l'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità che dovrà supportare il rafforzamento della capacità di risposta del territorio, gradualmente entro il 2027;
- il consolidamento della funzione del CAU (Centro per l'Assistenza all'Urgenza), nella sede della Casa della Comunità HUB di Imola;
- lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi territoriali, con trasformazione dei Nuclei delle Cure Primarie in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) con riordino del modello di continuità assistenziale e attivazione dell'Unità di Continuità Assistenziale entro il 2026;
- lo sviluppo della medicina d'iniziativa: implementazione del progetto di gestione della cronicità finalizzato alla presa in carico del paziente con patologie croniche complesse con il supporto dell'infermiere case manager;

- lo sviluppo della psicologia di comunità nelle Case della Comunità;
- lo sviluppo della funzione di oncologia territoriale nelle Case della Comunità;
- lo sviluppo delle équipes multiprofessionali territoriali a seguito dell'organizzazione modello AFT (con infermieri di famiglia e comunità - IFEC, infermieri domiciliari, assistenti sociali, professionisti della salute mentale, farmacisti, associazioni di volontariato ...);
- implementazione della rete delle cure palliative rivolta agli assistiti adulti e pediatrici;
- lo sviluppo della continuità della presa in carico riabilitativa sia nei setting ospedalieri che in quelli territoriali (domicilio, Case della Comunità, strutture di cure intermedie);
- implementazione dell'ambulatorio di "riabilitazione e rieducazione del pavimento pelvico";
- attivazione dell'Unità di Continuità Assistenziale – UCA.

### **Area Salute Mentale - Dipendenze Patologiche**

Le attività delle Unità operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, anche alla luce del mutato contesto conseguente alla pandemia e alle nuove esigenze delle fasce di popolazione più giovane, proseguono nel garantire la rimodulazione degli interventi con metodologie che favoriscono la permanenza a domicilio.

Risultano gradualmente implementate e sviluppate, in tutte le UU.OO. del Dipartimento, forme di presa in carico mediante l'utilizzo del Budget di Salute per dare maggior corpo alle attività di prossimità, consolidando, in tal modo la Salute Mentale di Comunità, con riduzione degli inserimenti in Struttura.

Nell'ambito della programmazione aziendale si collocano inoltre la progressiva realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenze nelle Case della Comunità con i Pediatri di Libera scelta, i Medici di Medicina Generale, 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 e di auto-mutuo-aiuto.

L'Azienda, inoltre, è fortemente impegnata nell'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".

Nel triennio si prevede pertanto un potenziamento di uno psicologo al CSM, al fine di aumentare la possibilità di effettuare percorsi psicoterapeutici, come previsto da indicazioni regionali e linee guida nazionali ed internazionali per gravi disturbi di personalità, patologie sempre più attuali tra gli adolescenti ed i giovani adulti. Il Dipartimento di Salute Mentale nel 2024 è stato impegnato, a traguardare la prevista rimodulazione dell'offerta residenziale intensiva ed estensiva di ambito psichiatrico, conseguendo il duplice obiettivo di eliminare da un lato le ridondanze dell'attuale offerta residenziale estensiva e, dall'altro qualificare ed ampliare la risposta alla crescente domanda di interventi specialistici di tipo intensivo aventi una connotazione di minor sanitarizzazione e maggiore radicamento sul territorio. A tal fine si è realizzata, in via sperimentale, una Residenza sanitaria psichiatrica di tipo estensivo con un modulo, prevalente, di tipo intensivo gestita dal privato sociale. Inoltre, si dettano le seguenti prioritarie azioni:

- potenziamento dell'equipe assistenziale del CSM per le attività del Centro Crisi/Day Hospital Territoriale per il quale si prevede l'acquisizione nel 2026 di un infermiere/tecnico della riabilitazione psichiatrica nel 2026;
- nell'ambito del SERT-DP si prevede un potenziamento nei servizi di contrasto alle nuove dipendenze (gioco di azzardo patologico in primis) attuando una rivalutazione organizzativa e metodologica che potrebbe vedere nel triennio la necessità di una figura aggiuntiva di psichiatra. Viene ricostituita nell'anno in corso la dotazione degli assistenti sociali operanti presso il SERT-DP in quanto una unità deceduta un anno fa non era stata sostituita per l'indisponibilità di graduatoria.
- Per la Neuropsichiatria Infantile si provvederà alla copertura delle funzioni di accoglienza/front office con il recupero di unità Interne.

### **Area della Sanità Pubblica - Prevenzione e promozione della salute**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica presenta le seguenti esigenze relative al personale dirigente per:

- Area Veterinaria: nel 2025 si concluderà la procedura volta alla sostituzione di un Dirigente, posizione vacante dal 2023;
- Area Igiene e Sanità Pubblica: assunzione a tempo indeterminato di una unità di dirigente medico, attualmente con incarico a tempo determinato.

### **Area dei Servizi Amministrativi e Tecnici e delle Funzioni di Staff della Direzione**

Nell'ambito dei servizi amministrativi e tecnici dell'Azienda si conferma quanto già evidenziato nel Piano 2024-2026, in particolare, l'elevato turn over che, di fatto, sta avendo le caratteristiche di un completo ricambio generazionale. Nell'anno 2025 l'Azienda assicura la copertura del turn over amministrativo compatibilmente alla disponibilità di graduatorie, a tal fine, entro l'anno, si prevede l'avvio di procedure per l'assunzione di personale dell'Area degli Assistenti oltre a quelle già indette per l'assunzione di laureati nel profilo di Collaboratore Amministrativo- area legale ed area statistica.

Nel 2025 si rileva la necessità di copertura del turn over di figure tecniche/informatiche di area comparto; tuttavia, anche per tali profili si rilevano difficoltà assunzionali per carenza di candidati alle procedure indette a livello sia aziendale che metropolitano.

Alcune necessità sono state temporaneamente tamponate con il ricorso alla somministrazione lavoro.

Per garantire la copertura del turn over nell'ambito della Dirigenza Amministrativa e rafforzare i servizi nei quali sono prevedibili prossime cessazione di dirigenti apicali è prevista l'indizione di procedure selettive per il profilo di Dirigente Amministrativo. Le assunzioni si prevedono nell'ambito della validità del presente piano anche in relazione alle effettive cessazioni.

Nel 2026 è previsto il completamento dell'assetto organizzativo della direzione assistenziale con assunzione di nr. 2 Dirigenti delle Professioni Sanitarie-Area infermieristica mediante scorrimento di graduatoria disponibile; le assunzioni previste non determineranno tuttavia incrementi di organico in quanto riguardano personale già dipendente con incarico di funzione. Per il Servizio Prevenzione e Protezione è prevista, nel 2025, l'acquisizione di n.1 Tecnico della Prevenzione, al fine di strutturare adeguatamente la funzione rispetto alle attività normativamente previste in capo al datore di lavoro.

### **Incarichi di direzione di struttura complessa**

Nei primi mesi del corrente anno, a seguito delle previste autorizzazioni regionali espresse, sono stati affidati gli incarichi di direzione delle seguenti strutture complesse:

- UOC Otorinolaringoiatria.
- UOC Anatomia Patologica.

È stata indetta la procedura selettiva per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa di Oculistica e sono in corso di avvio le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione delle strutture complesse, già autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna, di Gastroenterologia e Medicina Interna (si precisa che quest'ultima, in base al nuovo Regolamento attuativo aziendale, assorbe le pre-esistenti due unità operative complesse di Medicina A e Medicina B).

Si prevede infine per le restanti Direzioni di UOC, già autorizzate dalla Regione, di avviare le procedure selettive nell'arco di validità del presente Piano,

- UOC Igiene e Sanità Pubblica.
- UOC Pediatria.
- UOC Assistenza Farmaceutica.
- UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro.

Previa formalizzazione dell'autorizzazione regionale, si prevede, di avviare le seguenti procedure selettive finalizzate al conferimento dei seguenti incarichi di direzione di struttura complessa che si renderanno vacanti per turn over:

- Dipendenze Patologiche.
- Amministrazione Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.
- Psichiatria Adulti.
- Medicina Riabilitativa.

Si conferma infine la necessità di prevedere, anche la trasformazione della attuale SSD di Radiologia in Struttura Operativa Complessa, tenuto conto della rilevanza che questa struttura negli ultimi anni ha progressivamente assunto in termini di tecnologie diagnostiche a disposizione e di risorse umane, che esprimono un set di competenze adeguate alle necessità assistenziali del territorio, compresa la Soc. Montecatone Rehabilitation Hospital; tale trasformazione è peraltro coerente con gli standard del DM 70 .

Nell'ambito delle strutture di Staff si prevede inoltre la trasformazione della SSU Programmazione e Controllo Direzionale in Struttura Complessa in relazione ai cambiamenti organizzativi operati lo scorso anno, anche a seguito della adesione dell'Azienda al Servizio Unico Metropolitan di Contabilità e Finanza, che hanno determinato la necessità di attribuire a detta struttura ulteriori responsabilità, risorse e funzioni (tra le quali l'importante ruolo di interfaccia tra il Servizio Unico e la Direzione aziendale oltre che con i servizi aziendali per tutti gli aspetti riguardanti la programmazione economica ed il governo dei costi, incrementandone la complessità. Tali trasformazioni sono sottese alla prevista autorizzazione regionale.

### 3.2.5 Sotto sezione: Programmazione dei Rischi corruttivi e della Trasparenza

#### **Obiettivo: Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e 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 per il prossimo triennio sono individuati come segue:

- 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. Per l'anno 2025, si prevede il riesame per le aree:
  - Bilancio e Flussi finanziari, in ottica di servizio unico metropolitano
  - Medicina del lavoro (medicina preventiva e medico competente)
  - Farmaci ad alto costo
  - Medicina Legale
  - Area ICT "*information and communications technology*"
- garantire l'integrazione con gli strumenti di programmazione, in attuazione delle linee fornite dal livello regionale sul PIAO;
- rafforzare la cultura dei controlli, come strumento di miglioramento e di creazione di valore, in applicazione delle "Linee guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" adottate dal Direttore della Direzione Generale Salute e Welfare con determinazione n. 18471 del 10 settembre 2024 e recepite con deliberazione aziendale n.234 del 19/12/2024 ad oggetto "Il sistema dei controlli interni dell'Azienda USL di Imola"
- presidiare il rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali anche mediante l'attuazione delle soluzioni tecniche e indicazioni metodologiche individuate nelle sopra citate "Linee guida per il trattamento dei dati personali per finalità di trasparenza amministrativa".

Si rimanda all'Allegato 2 riportante il Piano Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025 – 2027.

### **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): l'AUSL di Imola garantirà l'implementazione del flusso informativo, nonché la partecipazione la partecipazione agli incontri di coordinamento programmati a livello regionale.

Come da indicazioni normative, l'Azienda garantisce 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: Programmazione dello 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, nonché a definire un sistema basato sulla valorizzazione delle proprie risorse umane.

L'AUSL di Imola, negli ultimi anni, ha provveduto a rivedere le procedure aziendali di valutazione del personale in essere, adeguando il proprio sistema ai nuovi principi normativi ed avviando un percorso rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione della performance individuale del personale, entrato a regime già a partire dall'anno 2018.

#### **Sistema di valutazione integrato della performance**

L'AUSL di Imola negli ultimi anni ha sviluppato il proprio sistema di valutazione, aggiungendo alla valutazione di carattere organizzativo delle strutture aziendali (Valutazione della Performance Organizzativa), anche la Valutazione della Performance individuale di tutto il personale dirigente e di comparto. In attuazione del "Regolamento del Sistema aziendale di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", adottato dall'AUSL di Imola con deliberazione n. 136 del 22/06/2018, è stata garantita la valutazione individuale del personale dirigente e del personale di comparto dell'area infermieristica e tecnico-sanitaria con incarico di posizione organizzativa o coordinamento.

Nell'ambito del percorso regionale di rafforzamento del sistema integrato di valutazione del personale, l'OIV SSR, nel 2021, in coerenza con gli indirizzi della DGR 819 del 31 maggio 2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR", ha posto quale obiettivo alle Aziende sanitarie di procedere ad un aggiornamento della Guida alla valutazione aziendale del personale (nota OIV-SSR Prot. 1173669 del 21/12/2021). Lo scopo della redazione di nuova Guida alla valutazione è quello di illustrare in modo leggibile, chiaro e sintetico la struttura e i contenuti del sistema di valutazione adottato dall'Azienda. La "Guida alla valutazione del personale" è consultabile sulla Intranet aziendale ed è pubblicata su Amministrazione Trasparente (Performance - Sistema di misurazione e valutazione) secondo quanto previsto dalla DGR 819/2021, alla quale si rimanda per un maggiore dettaglio. Al fine di procedere all'applicazione di un modello integrato ed unitario tra le Aziende, l'OIV-SSR ha attivato un Tavolo specifico per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale che ha previsto un coinvolgimento strutturato e costante di referenti aziendali nella definizione dei contenuti della nuova Guida per quanto attiene il sistema di valutazione del personale.

L'Azienda continuerà a sviluppare e consolidare il proprio **Sistema di valutazione individuale integrato** secondo gli indirizzi aziendali e regionali, garantendone l'applicazione e diffusione interna, coinvolgendo il personale aziendale nell'implementazione e rispetto della metodologica che lo caratterizza.

#### **Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan 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 a decorrere da ottobre, 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 richiamato progetto e la collaborazione per lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia in particolare per ciò che riguarda l'applicativo di gestione delle presenze/assenze del personale ed il Portale del dipendente. 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.

Nei tre anni del Piano, l'Azienda contribuirà all'implementazione e messa a punto del nuovo Modulo di valutazione modulo GRU Valutazione 2.0, in particolare per i primi step che prevedono l'implementazione ed utilizzo del modulo suddetto per quanto riguarda la performance individuale annuale del comparto. Tali attività verranno affiancate da momenti formativi per l'apprendimento diffuso dell'utilizzo del modulo valutativo rivolto al personale apicale con funzioni di valutazione delle proprie risorse umane.

### **Formazione aziendale**

Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi, e nel rispetto delle disposizioni aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la struttura aziendale della 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.

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 struttura Formazione sono, in diversi casi, condivise con altri Dipartimenti.

### **Formazione continua**

Nell'attuale contesto sociale, economico e sanitario, caratterizzato da importanti avanzamenti tecnologici, continui cambiamenti delle aspettative dei cittadini e degli utenti dei servizi, la formazione del personale è indispensabile per consentire all'Azienda sanitaria adeguate *performance* che, per qualità e quantità, possano soddisfare le domande e i bisogni espressi dai cittadini del proprio contesto di riferimento. 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 (Nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri; il Ministro per la Pubblica amministrazione “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”; gennaio 2025) “Per sostenere un processo di cambiamento professionale occorre pensare alla formazione come a un percorso complesso, in cui intervengono dimensioni organizzative e culturali che fondano e danno senso allo sviluppo di una prospettiva professionale. La formazione continua si rivolge al professionista con l’obiettivo di modificare il livello del suo contributo alla performance organizzativa come effetto dello sviluppo di conoscenze, capacità e consapevolezza personali. Il focus sono le persone, non considerate singolarmente ma come insieme delle risorse umane e dei rapporti che instaurano tra di loro, con il sistema lavoro e con il sistema dei risultati ai quali tendono” (Accordo Stato Regioni 2 febbraio 2017).

La formazione continua all’interno di una organizzazione sanitaria rappresenta così una funzione di supporto alla Direzione aziendale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa, tecnologica ed è concepita come parte integrante del processo decisionale aziendale di carattere strategico. Attraverso questo approccio la progettazione formativa è guidata dalle priorità strategiche perseguite e assume come oggetto di analisi non solo i singoli programmi formativi, quanto piuttosto il complesso dei processi formativi in cui vengono rafforzati i legami tra la formazione e il sistema degli obiettivi strategici aziendali. Assume una rilevanza strategica valorizzare la partnership tra la funzione formazione e il management, in modo che la prima possa agire come agente di cambiamento, promotore di miglioramento nelle performance organizzative e i secondi concorrere in modo proattivo allo sviluppo e al trasferimento dell’apprendimento all’interno del contesto organizzativo, responsabilizzando i diversi soggetti a massimizzare il contributo che i processi formativi offrono rispetto al raggiungimento degli obiettivi aziendali (partecipanti, supervisor, pari, collaboratori). Elemento strategico che guida il processo della formazione è la valutazione preliminare, in itinere e a posteriori dell’efficacia della formazione in cui l’apprendimento è inteso non come esito di breve periodo derivante da un evento isolato, ma come risultato di medio-lungo periodo derivante un processo complessivo di governo della formazione e di altre forme di sviluppo del personale.

L’enfasi è posta al trasferimento dell’apprendimento inteso come grado in cui le conoscenze, le capacità e le competenze comportamentali acquisite grazie alla partecipazione ad un processo formativo vengono applicate, generalizzate e mantenute nel tempo all’interno del contesto aziendale di appartenenza, determinando un cambiamento durevole nei comportamenti. Le priorità dei processi formativi per sostenere le trasformazioni e gli sviluppi organizzativi previsti a livello strategico, riguarderanno lo sviluppo di conoscenze e competenze:

- di leadership per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto o da attivare;
- per potenziare valori e principi che contraddistinguono il sistema culturale della pubblica amministrazione moderna improntata all’inclusione, parità di genere e contrasto alla violenza, all’etica, alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e alla trasparenza e integrità;
- relative alle competenze digitali e alle innovazioni tecnologiche (intelligenza artificiale/telemedicina, teleassistenza/telemonitoraggio) che consentano di migliorare la qualità dell’erogazione dei servizi, per

un utilizzo pieno del FSE 2.0, per attuare complessivamente la transizione amministrativa, digitale ed ecologica;

- per sostenere l'applicazione di quanto contenuto nel DM 23.5.2022 n. 77, per accompagnare e dare pieno sviluppo al ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, per sviluppare le cure palliative e guidare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale in sinergia con i servizi sociali e gli stakeholder locali;
- per negoziare efficacemente i significati nel contesto di lavoro e raggiungere così obiettivi di integrazione e collaborazione professionale poiché oggi le competenze per raggiungere un obiettivo sono sempre più distribuite tra soggetti (singoli ma anche gruppo) differenti;
- per la gestione del rischio e sicurezza delle cure per diffondere tra i professionisti le buone pratiche, per documentare in modo puntuale le cure erogate, per sostenere le attività ed i comportamenti tesi a sviluppare una cultura orientata alle cure sicure.

Tra le tipologie di formative possibili, sicuramente quando un intervento formativo si pone l'obiettivo di generare un apprendimento complesso, è opportuno sostenere una formazione di tipo blended, cioè mista, che combina diverse tipologie e metodologie formative e che prevede momenti di formazione in presenza, sul campo e a distanza utilizzando anche opportunità che le tecnologie oggi rendono disponibili.

Lo sviluppo della formazione in funzione dei risultati e più in generale della qualità e del governo clinico può dunque contribuire alla definizione e al raggiungimento degli obiettivi istituzionali, facendo da traino al cambiamento e al miglioramento organizzativo: è vincolante il fatto che questo debba avvenire all'insegna dell'integrità e della trasparenza di tutte le azioni formative, rendendo pienamente operanti tutte le forme di controllo etico e di esclusione di conflitti di interesse che sono necessarie per garantire indipendenza e autentica scientificità al percorso formativo in essere. L'approccio di governo della formazione in prospettiva manageriale richiede a livello aziendale un presidio attento e governato del sistema delle coerenze di tipo verticale, orizzontale e interno con tutti gli altri sistemi aziendali, primo fra tutti il sistema di gestione strategica del personale.

### **3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità**

#### **3.4.1 Sotto sezione: Programmazione Economico-finanziaria**

##### **Obiettivo: Rispetto dell'equilibrio economico finanziario**

Al fine di garantire la sostenibilità ed il governo dei servizi, l'Azienda si impegna a garantire i seguenti obiettivi:

- Rispettare il vincolo di bilancio assegnato concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del servizio sanitario regionale.
- Perseguire gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e socio sanitaria
- Presidiare in maniera costante e sistematica l'andamento della gestione economico finanziaria dell'Azienda anche in considerazione della modifica della struttura dei costi e dei ricavi determinatasi a seguito del progressivo aumento di fattori produttivi essenziali e strategici, a seguito degli effetti inflattivi, nonché del finanziamento complessivo del SSN il cui aumento non si configura proporzionale all'incremento dei costi.
- Garantire gli standard nei tempi di pagamento
- Consolidare l'utilizzo del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC).
- Gestire le relazioni con le strutture private accreditate, in coerenza con il quadro regolamentare definito nell'ambito degli Accordi Quadro Regionali con l'Ospedalità privata.
- Aderire alle convenzioni quadro regionali stipulate da Intercent-ER previste dalla programmazione regionale.
- Mettere a disposizione le professionalità necessarie per la progettazione, l'affidamento e la gestione delle gare regionali di acquisto di beni e servizi.
- Utilizzare il mercato elettronico regionale (MERER) per gli acquisti di beni e servizi inferiori alla soglia di rilievo comunitario.

### **3.4.2 Sotto sezione: Programmazione degli 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, avente quadro economico di € 3.000.000 si è proceduto con l'iter di approvazione della progettazione e dell'affidamento dei lavori. L'avvio dei lavori è avvenuto il 27/11/2023 e si sono conclusi il 30/04/2025, i collaudi si concluderanno entro l'autunno 2025.

Per il "Completamento Casa della Salute di Imola - 1° stralcio" avente Quadro Economico di € 600.000,00, la Regione con Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12/03/2024, ha approvato l'assegnazione delle risorse necessarie alla realizzazione dell'intervento (APF 27) con fondi in conto capitale derivanti dalla VII fase del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88.

Tra gli interventi strategici dell'AUSL di Imola è previsto a medio termine l'"Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative", sono in corso le verifiche con la Regione per l'ottenimento della copertura finanziaria dell'opera tramite le risorse statali ex Art. 20 Legge 67/88 oppure in alternativa mediante fondi del Piano pluriennale degli investimenti INAIL.

#### **Piano di gestione 4 di cui al comma 14, art.1, della Legge n. 160 del 27/12/2019**

L'"Intervento di nuova costruzione, realizzazione della nuova camera mortuaria di Imola, Ospedale di Imola, via Montericco, 4" è finanziato, per un importo di € 3.000.000,00, 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". A seguito dell'istruttoria del Gruppo Tecnico regionale, è stato redatto ed inviato in data 14/03/2024 con PG 8772 l'aggiornamento del Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) e del Documento di Fattibilità delle Alternative Progettuali (DOCFAP) approvati con delibera n. 200 del 06/10/2023. Con nota della Regione del 09/12/2024 è stato acquisito il parere del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici n. 42 del 13/11/2024, relativo ai Documenti di indirizzo alla progettazione (DIP) di ammissione a finanziamento. Si prevede, nel 2025, di completare la progettazione esecutiva, affidare e dare inizio ai lavori.

#### **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, avente quadro economico di € 49.917,54, nel 2024 è stato completato iter di richiesta di ammissione al finanziamento.

## **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 la 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/adequamento sismico.

Gli obiettivi che l’Azienda si prefigge, in coerenza con le indicazioni regionali e le finalità del finanziamento stesso, sono i seguenti:

- Potenziare e adeguare le strutture e l’organizzazione preposta al governo e all’erogazione dell’assistenza sanitaria territoriale e dell’assistenza domiciliare, migliorandone conseguentemente la qualità e rendendo più efficace l’integrazione con i servizi socio-sanitari.
- Attuare modelli organizzativi in grado di superare l’approccio alle cure meramente prestazionali per introdurre progressivamente modelli funzionali basati sull’integrazione professionale, sui lavori in equipe multiprofessionali, sul governo delle reti cliniche.
- Rispondere appieno e con efficacia ai bisogni assistenziali del territorio resi ancora più evidenti dall’emergenza pandemica e dalla necessità di contrastarne la diffusione.
- Migliorare la sicurezza sismica dell’Ospedale di Imola che costituisce un primo step di miglioramento del complesso ospedaliero.

Con la Deliberazione n. 42/2022, l’Azienda ha approvato la programmazione degli interventi rientranti nel PNRR – PNC Missione 6 Salute – Componente 2, per l’Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA di I e II Livello).

Gli obiettivi che l’Azienda si prefigge, in coerenza con le indicazioni regionali e le finalità del finanziamento stesso, sono i seguenti:

- L’informatizzazione dei percorsi clinici – sanitari e relativa documentazione con l’obiettivo della trasformazione digitale dell’Ospedale di Imola – sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello oggetto di intervento.
- L’ammodernamento del parco tecnologico mediante la sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso con vetustà maggiore di 5 anni, concorrendo al raggiungimento del fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie.

Per quanto riguarda i “Lavori di miglioramento sismico Ospedale di Imola I stralcio”, inizialmente finanziato con il Fondo complementare al PNRR, come previsto dal comma 13 dell’art.1 del decreto-legge 2 marzo 2024,

n. 19 (coordinato con la legge di conversione 29 aprile 2024, n. 56) e posto a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 nel 2024, con Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n.687 del 05/05/2025 è stata modificata la fonte di finanziamento e pertanto tale intervento ora risulta finanziato dal PNRR Missione 6 – Component 2 – Investimento 1.2.

L'intervento PNRR relativo alla "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme – manutenzione straordinaria" i lavori sono iniziati il 06/07/2023 e sono stati conclusi in data 21/09/2023.

In merito alla "Centrale Operativa Territoriale di Imola – manutenzione straordinaria", con Delibera n. 107 del 11/06/2024 l'Azienda ha preso d'atto della conclusione del processo di realizzazione e entrata in funzione della COT dell'Azienda USL di Imola e con Delibera n. 1267 del 24/06/2024 la Giunta Regionale dell'Emilia - Romagna ha preso atto della documentazione attestante il conseguimento del target M6C1-7: entrata in funzione delle COT della Regione Emilia – Romagna.

### **Ulteriori finanziamenti PNRR**

In aggiunta alla programmazione aziendale degli interventi rientranti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sopra indicati sono previsti i seguenti investimenti:

- Missione 6 Salute per la Componente 2 investimento 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni" che con DGR n. 491/2023 sono stati assegnati alla Ausl di Imola 489.128,57 € per la parte di "Rafforzamento delle infrastrutture digitali" e 490.968,53 € per la parte di "Risorse per competenze digitali". Con la finalità di garantire l'implementazione del nuovo formato nazionale FSE2.0 e aumentare l'alimentazione e forma dei documenti, oltre che aumentare le conoscenze e competenze digitali degli operatori sanitari per l'utilizzo e la divulgazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Missione 6 Salute per la Componente 2 investimento 1.3.2.2.1 "Adozione da parte delle Regioni 1.3.2.2.1 di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie) che con DGR n. 2346/2023 sono stati assegnati alla Ausl di Imola 207.500 € e con DGR 2223/2024 ulteriori 50.000€. Con la finalità di implementare informaticamente la raccolta e l'invio dei nuovi 4 flussi informativi nazionali.
- Missione 6 Salute per la Componente 1 investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", Sub Investimento 1.2.3 "TELEMEDICINA", Sub Intervento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina", che DGR n. 2370/2024 sono stati assegnati alla Ausl di Imola 207.500 € 831.500,00. Con la finalità di acquisizione delle postazioni di lavoro (PC All-in-one, PC Portatili, Monitor) dedicate allo svolgimento delle prestazioni di telemedicina da mettere a disposizione dei soggetti esercenti le professioni sanitarie e i relativi servizi connessi.

### 3.4.3 Sotto sezione: Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

#### Obiettivo: Azioni per lo sviluppo sostenibile

Il Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile si inquadra, per il triennio 2025-2027, nell'orizzonte più vasto che vede le Aziende Sanitarie che fanno riferimento alla 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'Azienda USL di Bologna è stato approvato 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 attese, è stato concordato uno strumento di pianificazione, comune a tutti i partner, denominato "PORTAFOGLIO DI AZIONI PER LA NEUTRALITA' 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 andranno a quantificare le emissioni di gas climalteranti (GHG) ridotte grazie all'azione, secondo specifici indicatori di ambito per la misura della neutralità climatica.

Nel corso del triennio 2025 - 2027, annualmente, si procederà, 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'Azienda USL di Imola con l'adesione al contratto Intercent-ER di Multiservizio di Manutenzione degli immobili, comprendente, oltre alla manutenzione degli immobili ed impianti, un servizio energia, mediante il quale l'Assuntore ha l'onere di realizzare degli interventi di efficientamento energetico, che prevedevano il conseguimento di almeno 625 TEP di risparmio.

Gli interventi, che saranno 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 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" nonché con le previsioni di cui

alla DGR 1261/2022 in termini di requisiti minimi di prestazioni energetica degli edifici, sarà progettato per assicurare un incremento dell'efficienza energetica e di produzione da FER (Fonte Energetica Rinnovabile).

Con Delibera della Giunta regionale 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 ha un finanziamento pari a € 3.000.000, e l'immobile, di nuova edificazione, rispetterà quanto previsto dalla DGR 1261/2022 relativamente ai 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.

Verrà, quindi, proseguito lo sviluppo delle azioni già 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'Azienda USL 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 garanzie 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'Azienda USL di Imola è inoltre servita al 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.

## **MOBILITA/TRASPORTI**

L'inquinamento atmosferico è un problema grave che in Italia, soltanto, nel 2019 ha causato la morte prematura di circa 60 mila persone l'anno, 165 in media ogni giorno, secondo i dati dell'Agenzia europea dell'Ambiente. Anche per tale ragione, oltre che per ridurre l'impatto sul clima delle emissioni clima alteranti, l'azienda ha intenzione di proseguire con convinzione 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 nel triennio, in parte in continuità con gli anni precedenti e in parte “nuove”, sono:

- 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;
- Proseguire sulla strada della 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.

## 4. Sistema di misurazione e valutazione del valore pubblico e della performance

Il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'AUSL di Imola è articolato in diversi strumenti di programmazione e controllo. L'AUSL di Imola, negli ultimi anni, ha sviluppato, in base al modello individuato, il proprio sistema di valutazione della performance articolato in tre ambiti di azione, concettualmente distinti ma operativamente integrati, per l'implementazione del ciclo di gestione delle performance, in applicazione dei Principi di riferimento consolidatisi a livello di sistema regionale.

Di seguito vengono illustrati, in modo da fornire un quadro di sintesi che dia evidenza dello sviluppo del sistema di programmazione e controllo dalla componente strategica a quella operativa, fino a quella individuale.

### Performance aziendale / Valore pubblico

Questo livello si sviluppa secondo quanto definito, da ultimo, nelle Linee Guida di cui alla DGR 990/2023 e successiva DGR n. 973 del 23/6/2025, attraverso una programmazione triennale, formalizzata mediante il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, ed una rendicontazione annuale, formalizzata nella **Relazione sulla performance**, secondo dimensioni ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.

In questo ambito assumono un'importanza fondamentale gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e le linee di programmazione via via adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione di attività e dei risultati.

La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente pluriennale ed esterna, tesa a definire le linee strategiche, le azioni e gli andamenti attesi di medio-lungo periodo e a rendicontarne i risultati; rappresenta inoltre la cornice di riferimento per lo sviluppo degli strumenti interni all'Azienda di pianificazione e controllo (e in particolare il budget annuale).

Le Linee Guida regionali del PIAO forniscono indicazioni specifiche su questo ambito del Sistema della performance, allo scopo di garantirne un'applicazione coordinata ed omogenea, assicurando quindi una migliore leggibilità delle strategie e dei risultati conseguiti dalle Aziende, che vede una sovrapposizione sostanziale tra il concetto di Valore pubblico e quello di Performance aziendale, per come inteso finora nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

A tale proposito è importante sottolineare che quasi tutti gli obiettivi e gli indicatori di risultato presenti nel PIAO triennale delle Aziende sanitarie si caratterizzano per essere definiti da soggetti terzi (peraltro plurimi e diversificati) rispetto alle Aziende stesse e per essere rilevati in modo oggettivo ed omogeneo, sulla base dei sistemi informativi in essere all'interno del Sistema sanitario regionale (e nazionale). Terzietà e oggettività costituiscono i cardini fondamentali per una efficace analisi e valutazione delle performance.

Nella definizione del Valore pubblico, adottata dalle citate Linee guida, l'idea fondamentale è quella di dare una lettura delle performance strategica specifica dell'Azienda sanitaria all'interno del Sistema in cui opera, attraverso obiettivi e indicatori fissati che garantiscono l'applicazione dei principi di terzietà ed oggettività.

Creare e incrementare “Valore pubblico” implica, quindi, utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale e generando, in tal modo, un aumento del benessere rispetto alle condizioni di partenza.

Per l’AUSL di Imola aumentare valore pubblico presuppone: garantire l’universalità delle prestazioni ricomprese nei LEA, individuare e monitorare i settori a più elevato rischio corruzione e forieri di inefficienze gestionali, organizzative o allocative che ritardano, impediscono o discriminano l’accesso alle prestazioni, adeguare il proprio fabbisogno di personale, rendere maggiormente accessibili i servizi ai cittadini anche attraverso nuovi strumenti digitali, innovare i processi e snellire le procedure amministrative, rendendole più efficaci e più veloci. La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono, pertanto, programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa in linea con i fondamenti che caratterizzano la propria vision e che guidano la propria mission istituzionale di implementazione della qualità dei servizi offerti e l’accessibilità, garantendo la centralità del cittadino nell’organizzazione e nella gestione.

In quest’ottica, il PIAO costituisce il documento aziendale di programmazione in cui vengono descritti gli impegni e le azioni che la Direzione intende perseguire in coerenza con gli obiettivi strategici e di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti più rilevanti, con un’articolazione in Sezioni e Sottosezioni di programmazione.

Il Piano rappresenta, quindi, la cornice di riferimento per orientare le priorità annuali e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti, che si attua a livello annuale attraverso il percorso di Budget aziendale, che vede il coinvolgimento dei ruoli e delle responsabilità aziendali.

## Performance organizzativa

Questo livello si sviluppa attraverso una serie di strumenti già attivi ed in particolare il **processo di budget annuale** e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda (Centri di Responsabilità). La prospettiva prevalente in questo ambito è annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell'anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel PIAO ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali. Il Budget viene definito come un processo "a cascata annuale" rispetto al PIAO, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovando in esso gli obiettivi strategici che si riflettono in una parte dei target di budget. Gli obiettivi fanno, inoltre, riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale, che non trovano collocazione nel PIAO o in altri strumenti di programmazione. In questo modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici. Il Master budget è predisposto sulla base delle indicazioni metodologiche presenti in apposite Linee guida regionali. In base alle disposizioni delle linee guida regionali e del conseguente Regolamento aziendale del Sistema di Budget, il percorso si articola come segue:

- Linee guida al Budget per l'anno di riferimento, della direzione strategica dell'Azienda che vengono redatte sulla base: delle linee di indirizzo nazionali e regionali, dei documenti di programmazione sanitaria locale, del preconsuntivo dell'anno precedente e, ovviamente, del PIAO, del quale rappresentano la declinazione annuale. Le Linee guida sono formalizzate all'interno dell'Azienda e vengono diffuse nell'ambito dell'organizzazione aziendale, presentate al Collegio di Direzione e ai membri del Collegio Sindacale.
- Budget operativi, che trovano rappresentazione nelle schede di budget per centro di responsabilità aziendale. Le schede consentono di definire, monitorare e valutare la performance organizzativa dei diversi centri di responsabilità. Gli obiettivi indicati nelle schede di budget rinviano agli obiettivi strategici rappresentati dalle dimensioni della programmazione presenti nel Piano.
- Budget trasversali: trattasi dei budget economici, articolati a livello aziendale in termini di beni, servizi e risorse umane, la cui definizione e monitoraggio, consente di definire e monitorare il Budget economico preventivo annuale.

Degli esiti del percorso di negoziazione di budget con le principali articolazioni interne aziendali, l'Azienda dà conto nella Relazione del Direttore Generale a corredo del Bilancio Economico Preventivo annuale.

L'Azienda, attraverso la Struttura di Staff di Programmazione e Controllo, provvede ad un costante e sistematico monitoraggio infrannuale in ordine alla rispondenza tra i risultati prodotti e gli obiettivi negoziati, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione e alla valutazione finale della performance organizzativa. La Valutazione della Performance Organizzativa è annualmente effettuata nei confronti di tutte le articolazioni organizzative ed equipe professionali individuate quali Centri di Responsabilità (CdR) dall'Azienda ed a cui è attribuita autonomia gestionale e, di conseguenza, responsabilità di Budget, che culmina nella determinazione di un giudizio sintetico sui risultati prodotti in relazione agli obiettivi stabiliti in fase di programmazione operativa.

## Performance individuale

Questo livello si sviluppa quale componente del Sistema di valutazione integrato del personale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dai contratti integrativi aziendali e dagli indirizzi forniti dalla Regione e dall'OIV-SSR. La prospettiva in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a migliorare i risultati aziendali e la qualità dei servizi prodotti attraverso la valorizzazione, il coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale verso il pieno svolgimento delle funzioni istituzionali assegnate alle Aziende, come declinati nel sistema di misurazione e valutazione della Performance aziendale ed organizzativa delineati ai punti precedenti.

Il sistema di valutazione integrato del personale si articola in diversi processi, con i relativi strumenti applicativi. In questo contesto la valutazione annuale dei risultati individuali è un elemento importante, perché collegato al riconoscimento di incentivi economici e da integrare con le altre tipologie di valutazione, quali la valutazione sugli incarichi e la valutazione delle competenze.

L'AUSL di Imola con deliberazione n. 136 del 22/6/2018 si è dotata del "Regolamento del Sistema aziendale di Valutazione Integrata della Performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", attraverso il quale è stato disciplinato, in maniera distinta, il processo di valutazione del personale dirigente e del personale di comparto con incarico di funzione o coordinamento e il restante personale infermieristico, tecnico-sanitario e amministrativo del comparto secondo la linea gerarchica definita negli atti di organizzazione aziendale. Attraverso il Regolamento, a cui si rimanda, sono esplicitati i criteri, le modalità, le fasi, gli attori e le tempistiche del processo di misurazione e valutazione della performance.

Il regolamento aziendale di valutazione individuale del personale, si inserisce in un più ampio percorso di gestione della risorsa umana capace di andare oltre ai tradizionali meccanismi burocratici-amministrativi, per entrare maggiormente nell'apprezzamento dei saperi, delle conoscenze e delle qualità personali e capacità individuali. Il sistema di valutazione individuale della performance ha come obiettivo quello di orientare i sistemi premianti in ordine ad una più specifica valutazione del contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali e permettere una più appropriata valutazione delle competenze professionali in un'ottica di sviluppo individuale; garantire un più stretto collegamento degli strumenti aziendali di valutazione delle competenze tecnico-professionali, relazionali, organizzative e manageriali con il sistema di formazione del personale e sviluppo di carriera.

In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro, vuole rappresentare un'alternativa rispetto a mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro. È necessario, infatti, oggi, che le persone che operano in Azienda Sanitaria, oltre che competenti, siano motivate e abbiano consapevolezza della centralità del loro ruolo. Occorre che recuperino la rilevanza della loro missione, ne colgano i valori e il senso profondo. Partendo da questa consapevolezza l'AUSL di Imola, anche per il futuro, intende proseguire nell'investire sul proprio personale e sulla crescita di una nuova cultura organizzativa interna. La natura del cambiamento prospettato richiederà investimenti sulla motivazione intrinseca dei lavoratori, sul legame tra i lavoratori e l'Azienda e sull'immagine di sé che si trasferisce nell'autostima e nell'efficacia personale.

Aspetti che non riguardano solamente problemi di tecniche e strumenti di gestione, ma anche e soprattutto di clima, di investimenti emotivi, di valori da trasmettere e di codici morali da rispettare.

Il percorso avviato sul fronte della valutazione della performance del personale, oltre che creare strumenti di gestione del personale, deve permettere di generare benessere organizzativo inteso come capacità di ascolto, sviluppo delle relazioni, gestione positiva del cambiamento, crescita, coinvolgimento, riconoscimento del risultato ecc., secondo un nuovo concetto di welfare aziendale.

La promozione e lo sviluppo delle competenze in relazione alle specificità di ognuno, l'assegnazione di precisi obiettivi e responsabilità, attraverso una maggiore partecipazione e condivisione della mission aziendale, la valutazione della performance a livello organizzativo ed individuale dei professionisti, sono ambiti di lavoro ed approfondimento, che l'Azienda intende riconfermare anche per il presente Piano.

## 5. Indicatori di valore pubblico e performance

Per il PIAO triennale 2025-2027, il Gruppo di lavoro regionale incaricato di predisporre le Linee Guida, ha individuato, per ciascuna Sezione/Sottosezione di programmazione, indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. Ciò garantisce una piena valorizzazione dei flussi informativi e delle banche dati esistenti a livello regionale, assicurando anche la dovuta standardizzazione nella loro elaborazione e una piena trasparenza e confrontabilità dei risultati tra Aziende e, all'interno della stessa azienda, in un arco di tempo pluriennale. L'utilizzo di InSiDER consente inoltre un monitoraggio costante sugli andamenti registrati, a livello aziendale e regionale, anche grazie ad un confronto immediato dei dati di tutte le Aziende, rendendo realmente efficace il monitoraggio stesso. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti, in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende e utili per orientare il Sistema Sanitario Regionale, oltre ad essere annualmente ripresi e contestualizzati in obiettivi specifici dalle deliberazioni di programmazione della Giunta. Essi, inoltre, che già specificato in precedenza, supportano la programmazione e soprattutto la rendicontazione della Performance aziendale ossia del Valore pubblico concretamente realizzato dall'Azienda.

Nelle tabelle seguenti, rappresentative degli indicatori per ciascuna Sezione del PIAO selezionati per il triennio di riferimento, sono indicati i risultati dell'ultimo triennio ed il trend atteso per il periodo 2025-2027.

## Tabelle Indicatori: Sezione - Dimensione UTENTE

## Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	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	85,61	> = 90	> = STANDARD RER			(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	94,09	> = 90	> = STANDARD RER			(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	89,74	> = 90	> = STANDARD RER			(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	89,11	96,52	96,72	80,21	> = 90	> = STANDARD RER			(Flusso DEMA e gestionale invio art.50)
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	72,10	76,08	> = 90	=>Anno 2024	> = STANDARD RER		(Flusso DEMA e gestionale invio art.50)
1145	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	30,56	32,13	31,09	37,49	-	>= MEDIA REGIONALE			Anagrafe regionale prescritto (ARP)
861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98,92	99,27	99,50	98,79	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso ARP)
776	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	81,86	79,13	76,45	85,57	> = 95	=>Anno 2024	>= MEDIA REGIONALE		(Flusso PS)
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	123,05	125,73	126,26	124,25	< = 160	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(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	20,31	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(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	75,71	> = 80	> = STANDARD RER			(Flusso SDO)
982	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	84,60	84,17	86,52	85,01	> = 80	> = STANDARD RER			(Flusso SDO, SIGLA)
948	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	-	97,83	86,13	76,22	> = 80	> = STANDARD RER			(Flusso SIGLA)

## Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	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	222,69	242,85	< = 261 per 1000 ab.	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(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	82,84	< = 56,38 per 1000 ab.	< = Anno 2024	< = MEDIA RER		(Flusso SDO)
908	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	72,12	0	2,28	50,26	> = 25	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Flusso IG)
866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	35,71	50,61	46,61	30,51	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
960	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	14,68	30,21	28,13	24,55	-	< = Anno 2024	< = MEDIA RER		(Flusso SDO)
D27C	% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	14,67	7,84	10,21	6,5	< = 6,9	< = Anno 2024	< = STANDARD RER		(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	92,76	144,22	128,84	-	< = Anno 2024	< = MEDIA RER		(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	74,27	69,48	67,24	70,41	-	< = Anno 2024	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso PS)
862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	13,23	11,28	9,72	10,13	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso ADI e SDO)
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	100	100	100	100	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso ADI)
907	Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	17,23	18,12	18,05	11,51	> = 8,5	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			
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	22,7	25,35	< = 25	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso HOSPICE)
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	52,60	55,10	45,30	56,40	> = 60	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Flusso ADI, HOSPICE e REM)
673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	11,17	10,26	9,47	7,39	-	< = MEDIA RER			(Flusso SDO e SIRCO)
D33ZA	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	37,45	39,30	36,62	39,48	>= 24,6	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso FAR e GRAD)
1205	Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	75,14	78,30	90,03	83,61	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(SIRCO, Anagrafe Regionale Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali autorizzate e accreditate)

## Esiti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
379	Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	98,56	99,48	<b>98,26</b>	80,05	>= 95	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	89,29	92,00	<b>90,70</b>	87,21	>= 90	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	5,45	6,47	<b>16,95</b>	9,39	<= 13,60	<= STANDARD MEDIO RER			(Flusso SDO)
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - NSG	13,10	7,93	<b>6,21</b>	8,39	<= 12	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,91	1,52	<b>1,22</b>	0,97	<= 0,7	<= Anno 2024	<= STANDARD RER		(Flusso SDO)
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,26	0,95	<b>1,07</b>	1,60	<= 1,2	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	63,03	52,10	<b>81,91</b>	66,59	>= 80	>= Anno 2024	STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso SDO)
H17C	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	16,85	12,85	<b>14,97</b>	14,84	< 20	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SDO)
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico (NSG)	19,72	18,03	<b>14,02</b>	17,51	<= 14,39	<= Anno 2024	<= STANDARD RER		Indicatore NO core NSG (D02C)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	10,48	18,45	<b>14,07</b>	15,05	<= 13,95	<= Anno 2025	<= STANDARD RER		Indicatore NO core NSG (D01C)

## Tabelle Indicatori: Sezione - Dimensione DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

## Produzione – Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	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	<b>94,36</b>	96,49	> = 95	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P04C	Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	91,70	91,65	<b>88,15</b>	91,80	> = 95	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P06C	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	65,05	62,61	<b>62,47</b>	59,70	> = 75	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(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	<b>94,25</b>	96,68	> = 95	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Anagrafe Vaccinale Regionale)
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,28	8,74	<b>9,06</b>	8,42	> = 7,5	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		Indicatore di osservazione (Flusso MeS)	
187	% cantieri ispezionati	15,76	11,76	<b>27,08</b>	21,36	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		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	<b>68,29</b>	72,87	> = 60	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(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	<b>66,11</b>	66,53	> = 50	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Osservatorio Nazionale Screening)	
763	Screening colorettole: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	55,48	53,10	<b>54,54</b>	52,78	> = 50	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(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	<b>100,00</b>	100,00	> = 95	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		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	<b>98,67</b>	99,57	> = 95	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		NSIS - Flussi contaminazione alimenti	
1126	% di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	-	-	<b>9,89</b>	8,82	> = 10,2	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		SICO

## Produzione – Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	21,74	23,05	<b>24,00</b>	21,24	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SISM)
225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	51,16	62,28	<b>71,61</b>	89,74	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SINPIAER)
226	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	8,54	8,18	<b>8,49</b>	8,90	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SIDER)
310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	59,24	63,12	<b>65,70</b>	63,85	> = 52 (media 2018)	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso CEDAP)
317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	9,23	10,22	<b>11,94</b>	9,83	> = 7	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso SICO)
499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,32	0,38	<b>0,36</b>	0,35	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE			(Flusso GRAD)

## Produzione – Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	52,44	52,77	<b>51,94</b>	77,78	-	<b>MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE</b>			(Flusso SDO)
869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	20,78	20,82	<b>20,30</b>	9,60	-	<b>MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE</b>			(Flusso SDO)
870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	26,77	26,41	<b>27,76</b>	12,62	-	<b>MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE</b>			(Flusso SDO)
871	Indice di case mix degenza ordinaria	0,87	0,85	<b>0,85</b>	-	-	<b>MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE</b>			(Flusso SDO)
872	Indice comparativo di performance	1,20	1,15	<b>1,17</b>	-	< = 1,25	<b>MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE</b>			(Flusso SDO)

## Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	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	<b>0,16</b>	0,16	< = <b>0,15</b>	< = Anno 2024	< = STANDARD RER		(Flusso SDO)
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	1,94	2,05	<b>2,00</b>	2,38	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso SDO)	
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	22,11	22,53	<b>21,15</b>	25,51	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso SDO)	
863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	786,85	862,95	<b>939,16</b>	924,98	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso ASA)	
864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	724,85	795,64	<b>748,02</b>	719,92	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(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	<b>94,29</b>	75,16	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flusso ASA)	
505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	10,22	11,74	<b>13,04</b>	16,60	-	< = Anno 2024	> = STANDARD MEDIO RER		(Flussi FAR e PS)
506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	1,79	3,31	<b>3,42</b>	4,46	-	MANTENIMENTO STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flussi FAR e SDO)	
1012	Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	13	12	<b>13</b>	14,00	> = 15 punti	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(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	<b>8,37</b>	9,02	-	< = Anno 2024	> = STANDARD MEDIO AZIENDALE		(Flussi AFT e FED)

## Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
1160	% lavoratori agili effettivi sul totale lavoratori	2,00	2,70	<b>3,11</b>	4,58	-	Attuazione secondo gli indirizzi regionali			(GRU protocollo POLA)
1161	% lavoratori agili effettivi sul totale lavoratori agili potenziali	29,00	9,16	<b>14,08</b>	25,19	-	Attuazione secondo gli indirizzi regionali			(GRU protocollo POLA)
1162	% giornate lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	0,23	1,79	<b>1,72</b>	3,68	-	Attuazione secondo gli indirizzi regionali			(GRU protocollo POLA)
1083	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti	-	-	<b>84,55</b>	63,41	> = 60	<b>MANTENIMENTO RISULTATO AZIENDALE E SVILUPPO SECONDO GLI INDIRIZZI REGIONALI</b>			(Fonte FSE - Lepida ScpA)
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	-	-	<b>84,68</b>	88,09	> = 85	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Fonte FSE - Lepida ScpA)
1194	% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali	80,45	91,43	<b>93,77</b>	90,78	> = 90	> = Anno 2024	> = STANDARD RER		(Fonte FSE)

## Anticorruzione Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	100	100	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE			Fonte Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione
818	% di centralizzazione di beni e servizi a livello regionale	68,95	62,40	63,79	67,93	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE			Intercent-ER

## Tabelle Indicatori: Sezione – Dimensione SOSTENIBILITA'

## Economico Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17	-10	<b>-13,83</b>	-	-	<b>MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE</b>			(Protocollo RER)
732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	191,37	193,62	<b>206,58</b>	206,92	-	<b>&lt; = STANDARD MEDIO RER</b>			(Flussi AFT e FED)
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	103,50	106,78	<b>99,17</b>	95,59	<b>&gt; = 90</b>	<b>&gt; = STANDARD RER</b>			(Flusso DiMe e Piano dei Conti)
877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	<b>13,02</b>	14,47	<b>15,69</b>	19,32	-	<b>RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI</b>			(Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE)
878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	<b>39,26</b>	39,13	<b>40,73</b>	29,79	-	<b>RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI</b>			(Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE)
879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	<b>9,96</b>	8,78	<b>9,26</b>	11,86	-	<b>RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI</b>			(Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE)
880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	<b>36,35</b>	36,54	<b>35,63</b>	37,06	-	<b>RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI</b>			(Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE)

## Investimenti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore RER 2024	Valore Regionale di riferimento	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Note / Fonte Dati
1193	% Grandi apparecchiature con età < 10 anni	80,00	100,00	<b>100,00</b>	70,19	50,00	<b>MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE</b>			(Protocollo RER)

**GLOSSARIO ACRONIMI**

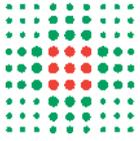
<b>Acronimo</b>	<b>Significato</b>
<b>ADI</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>AFT</b>	Assistenza Farmaceutica Territoriale
<b>AMA</b>	Auto Mutuo Aiuto
<b>ANAC</b>	Agenzia Nazionale Anticorruzione
<b>AOSP</b>	Azienda Ospedaliera
<b>AOU</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria
<b>ASA</b>	Assistenza Specialistica Ambulatoriale
<b>ASP</b>	Azienda Servizi alla Persona
<b>AVEC</b>	Area Vasta Emilia Centro
<b>AVEN</b>	Area Vasta Emilia Nord
<b>BEP</b>	Bilancio Economico Preventivo
<b>BPCO</b>	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
<b>CAS</b>	Centro Accoglienza Straordinaria per richiedenti asilo
<b>CAU</b>	Centri di Assistenza Urgenza
<b>CCM</b>	Comitato Consultivo Misto per la qualità dal lato degli utenti
<b>CdS</b>	Casa della Comunità
<b>CE</b>	Conto Economico
<b>COT</b>	Centrale Operativa Territoriale
<b>COVID-19</b>	Malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2 o malattia da coronavirus 2019
<b>CPP</b>	Cure Palliative Pediatriche
<b>CRA</b>	Casa Residenza Anziani
<b>CSM</b>	Centro Salute Mentale
<b>CSSR</b>	Centro Socio Sanitario di Riabilitazione
<b>CTSS</b>	Conferenza Territoriale Socio Sanitaria
<b>CUF</b>	Comitato Utenti e Familiari
<b>CUP</b>	Codice Unico di Progetto
<b>CUG</b>	Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
<b>DAI</b>	Dipartimento ad Attività Integrata
<b>DAT</b>	Dipartimento Amministrativo e Tecnico
<b>DCP</b>	Dipartimento Cure Primarie
<b>DEA</b>	Dipartimento Emergenza Accettazione
<b>DHT</b>	Day Hospital Territoriale
<b>DIAP</b>	Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica
<b>DiC</b>	Dipartimento Chirurgico
<b>DIGIRI</b>	Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo
<b>DIMO</b>	Dipartimento Medico Oncologico
<b>DM</b>	Decreto Ministeriale
<b>DP</b>	Dipendenze Patologiche
<b>DPS</b>	Documento programmatico sulla sicurezza
<b>DRG</b>	Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi
<b>DSA</b>	Day Service Ambulatoriale
<b>DSM</b>	Dipartimento di Salute Mentale
<b>DSM DP</b>	Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
<b>DSP</b>	Dipartimento di Sanità Pubblica

<b>Acronimo</b>	<b>Significato</b>
<b>FAD</b>	Formazione a Distanza
<b>FSE</b>	Fascicolo Sanitario Elettronico
<b>DVR</b>	Documento Valutazione Rischi
<b>ECU</b>	Emergency Care Unit
<b>GAAC</b>	Gestione Area Amministrativa Contabile
<b>GRU</b>	Gestione Risorse Umane
<b>GSA</b>	Gestione Specialistica Ambulatoriale
<b>HW</b>	Hardware
<b>HT</b>	Hospice Territoriale
<b>HUB-SPOKE</b>	Modello organizzativo che prevede un centro specialistico di riferimento
<b>ICT</b>	Information Communication Technology
<b>IFeC</b>	Infermiere di Famiglia e di Comunità
<b>IGV</b>	Interruzione Volontaria Gravidanza
<b>IND</b>	Codice indicatore: a fianco si trova il numero e la descrizione dell'indicatore
<b>InSiDER</b>	Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna
<b>LEA</b>	Livelli Essenziali di Assistenza
<b>LUM</b>	Laboratorio Unico Metropolitan
<b>MMG</b>	Medici di Medicina Generale
<b>MRI</b>	Istituto di ricovero di Montecatone
<b>NCP</b>	Nuclei di Cure Primarie
<b>NGEU</b>	Programma Next Generation EU
<b>NPIA</b>	Neuro Psichiatria Infantile Adolescenza
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione
<b>OO.SS</b>	Organizzazioni Sindacali
<b>OSCO</b>	Ospedale di Comunità
<b>PAI</b>	Piani Assistenziali Individuali
<b>PAT</b>	Punto di Accesso Territoriale
<b>PDTA</b>	Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PL</b>	Posto Letto
<b>PLS</b>	Pediatrati di Libera Scelta
<b>PNRR</b>	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
<b>POLA</b>	Piano Organizzativo Lavoro Agile
<b>PRGLA</b>	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
<b>PTFP</b>	Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale
<b>PTPCT</b>	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
<b>PUA</b>	Punto Unico di Accesso
<b>PUC</b>	Punto unico di coordinamento di Cure Palliative
<b>REACT-EU</b>	Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa. Strumento ponte per finanziare interventi urgenti e assicurare sostegno alle imprese colpite dalle conseguenze dell'emergenza sanitaria
<b>RER</b>	Regione Emilia - Romagna
<b>RLCP</b>	Rete Locale di Cure Palliative
<b>RMN</b>	Risonanza Magnetica
<b>RPCT</b>	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza
<b>RUA</b>	Responsabile Unico Aziendale
<b>SAI</b>	Sistema di Accoglienza ed Integrazione
<b>SAM</b>	Servizio Acquisti Metropolitan
<b>SARS-CoV-2</b>	Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2
<b>SELF-PA</b>	Portale formazione nella pubblica amministrazione
<b>SICHER</b>	Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia - Romagna

<b>Acronimo</b>	<b>Significato</b>
<b>SIRCO</b>	Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità
<b>SOLE</b>	Programma SOLE - Sanità on line
<b>SPDC</b>	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
<b>SPID</b>	Sistema Pubblico di Identità Digitale
<b>SPP</b>	Servizio Prevenzione Protezione
<b>SRCI</b>	Struttura Residenziale Cure Intermedie
<b>SSCL</b>	Surgical Safety Check List
<b>SSU</b>	Struttura Semplice Unificata
<b>SSD</b>	Struttura Semplice Dipartimentale
<b>SSIA</b>	Struttura Semplice Inter Aziendale
<b>SSR</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>SUM</b>	Servizio Unico Metropolitan
<b>SUMAGP</b>	Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale
<b>SUMAEP</b>	Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale
<b>SW</b>	Software
<b>TC</b>	Tomografia Assiale Computerizzata
<b>TUM</b>	Trasfusionale Unico Metropolitan
<b>UCPD</b>	Unità di Cure Palliative Domiciliari
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UTIC</b>	Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
<b>UVG</b>	Unità di Valutazione Geriatrica
<b>UVM</b>	Unità di Valutazione Multidimensionale

**ALLEGATO 1 - Sotto Sezione del PIAO - PIANO ORGANIZZATIVO  
LAVORO AGILE (POLA) 2025 – 2027**

**ALLEGATO 2 - Sotto Sezione del PIAO – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 2025 - 2027**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**AZIENDA USL DI IMOLA**

# **Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)**

**Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027**

## Sommario

<b>Sommario</b> .....	2
Premessa.....	3
Lavoro agile: elementi e presupposti .....	4
Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile .....	5
Livello di attuazione del lavoro agile .....	6
Modalità attuative .....	8
Programma di sviluppo del lavoro agile .....	12
La misurazione e valutazione della performance .....	15
Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile .....	16
Conclusioni.....	18

## Premessa

Il POLA è una sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) che definisce le modalità di attuazione e sviluppo del lavoro agile all'interno di un'organizzazione, tenendo conto delle esigenze dell'amministrazione e dei lavoratori e promuovendo contestualmente la conciliazione tra tempi di vita lavorativa e vita privata.

Si tratta di un documento:

- **strategico** che guida l'implementazione del lavoro agile, promuovendo un ambiente di lavoro moderno e flessibile, orientato al benessere dei dipendenti, nel rispetto del raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione
- **di programmazione organizzativa adottato** dall'Azienda contenente il livello di attuazione raggiunto dal lavoro agile, le relative modalità organizzative, i soggetti, i processi e gli strumenti necessari alla sua attuazione nonché il suo piano di sviluppo futuro
- **dinamico** ovvero aggiornato annualmente sulla base della logica di scorrimento programmatico.

Un documento che ha la finalità di:

- **portare una evoluzione nell'organizzazione**, in una logica di “change management”, migliorando la produttività e promuovendo il benessere organizzativo
- **diffondere progressivamente una cultura aziendale** che promuova la collaborazione, la responsabilizzazione e la condivisione effettiva e strutturale degli obiettivi da perseguire
- **favorire una sempre maggiore implementazione e utilizzo delle tecnologie digitali**
- **prevedere meccanismi di monitoraggio e valutazione** per verificare l'efficacia del lavoro agile e apportare eventuali miglioramenti in cui le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture, i dirigenti e dipendenti dell'Azienda a prescindere dalla modalità con la quale è resa la prestazione lavorativa (in presenza o da remoto)

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

L'Azienda ha conseguentemente proceduto alla redazione del primo Pola aziendale in relazione al triennio 2022-2024 e successivamente, nella logica di scorrimento programmatico, al suo aggiornamento annuale confermandone impostazione, principi e azioni. Il POLA ha costituito, quindi, lo strumento per giungere ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile. E' stato lo strumento funzionale al passaggio dalla modalità applicata durante la fase emergenziale, quando a causa della pandemia il

lavoro agile era stato normativamente definito la modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa nell'ambito delle PP.AA ed era attuato in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es.: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.), a quella ordinaria, fondata sulla revisione dei modelli organizzativi, nel rispetto del quadro normativo vigente.

In relazione al nuovo triennio di pianificazione relativa al lavoro agile, quale sezione specifica del PIAO, viene elaborata la relativa programmazione che verrà poi aggiornata annualmente.

La programmazione triennale:

- sarà tesa ad essere di stimolo all'interno dell'Azienda, affinché vengano elaborati e diffusi **nuovi modelli organizzativi** che rispondano all'esigenza dell'organizzazione pubblica di adattarsi velocemente ai cambiamenti, di lavorare in una logica incrementale, rispondendo alle esigenze dell'utenza e valorizzando il lavoro per obiettivi e risultati attuando un effettivo equilibrio in una logica win – win (l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance");
- rappresenterà l'arco temporale utilizzato per guidare, anche tramite la programmazione di formazione specifica e condivisione di esperienze precedentemente maturate, una necessaria ed effettiva **transizione culturale a livello manageriale** con una visione aperta alle possibilità che le nuove tecnologie offrono anche in ambiti prima inimmaginabili.
- sarà volta a **potenziare le competenze digitali** complessive e trasversali ai diversi profili professionali.

### Lavoro agile: elementi e presupposti

Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La definizione di smartworking, contenuta nella legge n. 81/2017, pone poi l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e sull'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto (come, ad esempio, pc portatili, tablet e smartphone).

Il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato caratterizzato dall'assenza di vincoli orari o spaziali e un'organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, stabilita mediante accordo tra dipendente e datore di lavoro; una modalità che aiuta il lavoratore a conciliare i tempi di vita e lavoro e, al contempo, favorire la crescita della sua produttività.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda o Ente e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è

tenuto ad:

- accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore
- accertare la piena operatività della dotazione informatica
- adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono da lui trattate.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- a) fascia di contattabilità-nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari, tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;
- b) fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa, tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto, nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Ai lavoratori agili viene garantita la parità di trattamento - economico e normativo - rispetto ai loro colleghi che eseguono la prestazione lavorativa in presenza. È, quindi, prevista la loro tutela in caso di infortuni e malattie professionali, secondo le modalità illustrate dall'INAIL nella circolare n. 48/2017.

## **Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile**

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile sono, in primo luogo, i dirigenti ai vari livelli dell'organizzazione, i servizi tecnologici dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), i servizi di Prevenzione e Protezione, la funzione Privacy - DPO, i servizi Formazione, i servizi dedicati alla valutazione della performance, i Comitati Unici di Garanzia (CUG), i servizi di logistica, di Amministrazione del Personale, del Bilancio, degli Acquisti e i Mobility Manager.

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA, in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione di modelli organizzativi.

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a

salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali e di carriera.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, focalizzando l'attenzione all'effettivo raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti dell'Azienda sono coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali, è possibile dar luogo ad appositi progetti ed ai relativi accordi individuali.

Ogni Responsabile, inoltre, garantisce parità di trattamento e non discriminazione tanto nella fase di accesso al lavoro agile, quanto in quella di successiva gestione del rapporto di lavoro dei dipendenti che svolgono la prestazione lavorativa con tale modalità.

### **Livello di attuazione del lavoro agile**

L'approccio al lavoro agile è stato inevitabilmente condizionato dal contesto epidemiologico che in fase emergenziale da Covid-19 ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa. Nelle Aziende sono state strutturate e poste in essere le misure necessarie ed idonee a consentire di attuare lo smartworking in via straordinaria.

Parallelamente, sono state poste le basi documentali e procedurali per consentire, lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile in via ordinaria. Al termine dello stato di emergenza, si è attuata, quindi la transizione allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile in via ordinaria, nel rispetto della normativa a tutela dei lavoratori fragili prorogata fino al 31/12/2022.

L'attuazione dello smartworking in via ordinaria si è concretizzata con la definizione di nuovi progetti e la formalizzazione dei relativi accordi individuali nei quali, nel rispetto di quanto definito dal Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021 "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della Pubblica Amministrazione", la definizione delle giornate svolte in modalità agile è stata stabilita assicurando comunque una prevalenza del lavoro in presenza.

Nel periodo post COVID, quindi in correlazione a quanto stabilito nel richiamato decreto, vi è stata una considerevole flessione del numero di giornate lavorate in modalità agile; l'esperienza svolta è stata ampiamente positiva e lo smartworking è risultato fruttuoso sia per l'Azienda che per la migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

A seguire si riportano gli indicatori di valore pubblico e performance relativi all'anno 2024 nel corso del quale si è attuata una sorta di stabilizzazione dell'utilizzo dell'istituto sulla base delle attività individuate dall'Azienda come svolgibili in modalità agile e nel rispetto della normativa contrattuale vigente.

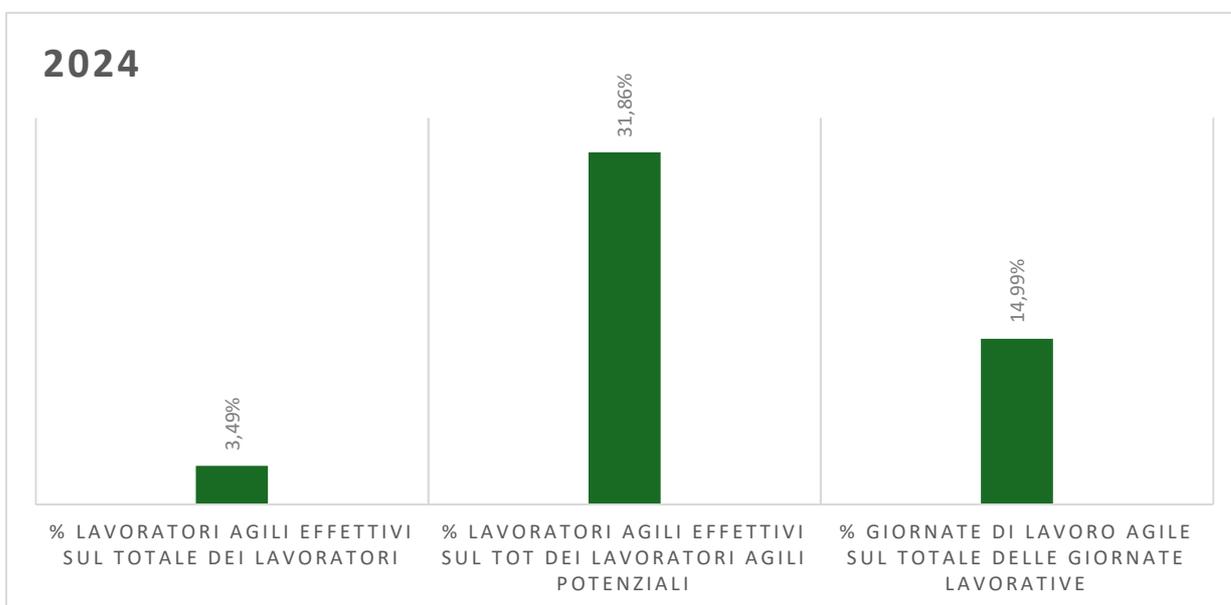
TABELLE Indicatori di valore pubblico e performance – anno 2024

N. personale dipendente	N. contratti lavoro agile	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori
1863	65	3,49%

N. lavoratori agili potenziali	N. contratti lavoro agile	% lavoratori agili effettivi sul tot dei lavoratori agili potenziali
204	65	31,86%

N. giorni di lavoro agile	N. giorni lavorativi	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative
2014	13432	14,99%

GRAFICO Indicatori di valore pubblico e performance – anno 2024



## Modalità attuative

Nel gennaio del 2021 sono state emanate le “Linee guida regionali per l’avvio di una sperimentazione per l’introduzione all’interno delle Aziende ed Enti del SSR dell’istituto dello smartworking, secondo modalità ordinarie” in attuazioni delle quali si è proceduto all’adozione di un Regolamento interaziendale sul lavoro agile e telelavoro con la finalità di meglio definire le modalità attuative dello stesso, nella logica di integrazione ed omogeneizzazione tra le varie aziende in area metropolitana.

Nel Regolamento sono individuati le finalità, i principi, i criteri di accesso al lavoro agile e i contenuti essenziali degli accordi individuali.

Di seguito si riporta l’illustrazione delle modalità attuative del lavoro agile a livello delle varie aree tematiche interessate.

### **ICT (Information and Communication Technology)**

#### Requisiti tecnologici

#### Supporti hardware e software al Lavoro Agile

L’Azienda mette a disposizione i supporti hardware e software necessari per lo svolgimento dell’attività a distanza:

- *Notebook*

L’Azienda mette a disposizione un Notebook opportunamente configurato. Non è permesso l’utilizzo di dispositivi personali per collegarsi all’Azienda se non previo accordo con il Servizio ICT Aziendale.

Il Dipendente ha l’obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

La custodia e l’integrità dell’attrezzatura sono a carico del possessore, il quale è tenuto ad informare tempestivamente l’Azienda in caso di smarrimento, sottrazione, danneggiamento.

Il Notebook concesso in uso al dipendente in previsione potrà sostituire il PC presente nella postazione di lavoro in Azienda, qualora questo non sia condiviso con altri dipendenti. In Azienda sarà comunque garantito un monitor supplementare, tastiera e mouse a cui collegare il notebook per un utilizzo più confortevole della postazione.

Nelle giornate di lavoro in Azienda, il dipendente, dovrà quindi utilizzare il notebook.

- *Connessione internet*

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro.

- *Connessione telefonica*

L'Azienda, a seconda dei casi, valuterà l'opportunità di installare sul Notebook un software di telefonia VoIP / Soft Phone (Voice Over IP ovvero Voce tramite protocollo Internet) per attivare in sede remota un interno telefonico dell'Azienda, oppure di dotare il dipendente di un telefono cellulare aziendale.

- *Posta elettronica e strumenti di produttività personale*

L'Azienda mette a disposizione la suite di prodotti utilizzata in azienda (es. Microsoft Office 365, Libre Office, ecc.) e l'utilizzo del sistema aziendale di posta elettronica configurato nelle modalità usuali (es. webmail). Ove disponibile e opportuno l'Azienda potrà mettere a disposizione del dipendente uno spazio cloud aziendale per la condivisione dei documenti.

- *Applicativi aziendali*

Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento, a seconda dei casi, avverrà direttamente con accesso diretto da internet (es. GAAC, GRU, Babel con credenziali SPID) o previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN, WAF, Portale Smartworking). Il software per il collegamento in VPN sarà installato e configurato dal personale del Servizio ICT.

- *Servizio di assistenza informatica*

L'ICT garantisce i medesimi servizi di Help Desk applicativo anche per i lavoratori in SmartWorking. I canali di accesso al servizio sono i medesimi.

L'assistenza hardware potrà avvenire solo in presenza presso l'Azienda.

## **Sicurezza sul lavoro**

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e della L. 81/2017. Relativamente alla sicurezza sul lavoro l'Azienda garantisce il buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati e consegna, prima dell'avvio del lavoro agile, un documento scritto informativo dei rischi connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi; ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. E' altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile – nei limiti e alle condizioni di cui alle disposizioni del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione, secondo le indicazioni aziendali in materia.

## **Privacy –DPO**

Considerata la pervasività, nella gran parte dei processi aziendali, dell'impiego di tecnologie informatiche collegate ad internet, risulta necessario che tali attività siano svolte nel rispetto e in piena conformità alla normativa vigente in materia di protezione del dato e cybersecurity.

L'AUSL di Imola, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, nell'esecuzione delle attività oggetto del POLA, mette in atto misure tecniche ed organizzative idonee a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati in suo possesso contro la perdita, il furto, nonché l'uso, la divulgazione o la modifica non autorizzata.

A tutti coloro che effettuano attività lavorativa in modalità agile e in telelavoro sono fornite specifiche istruzioni operative, nonché l'informativa redatta ai sensi dell'art.13 del GDPR (Regolamento generale per la protezione dei dati personali).

## **Formazione**

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione sono previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione. La formazione persegue l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul lavoro.

Per il triennio 2025-2027, le Aziende di area metropolitana orienteranno prevalentemente la formazione a supporto del lavoro agile mediante la progettazione e realizzazione, ove possibile in forma congiunta, di eventi formativi relativi alle seguenti aree tematiche generali:

- *Implementazione di strumenti manageriali*, con l'obiettivo di rafforzare la formazione dei dirigenti rispetto alla nuova modalità di lavoro dei propri collaboratori, in particolare per ciò che riguarda i criteri di assegnazione degli obiettivi, monitoraggio dell'andamento del lavoro agile, valutazione complessiva dell'efficienza ed efficacia dei risultati conseguiti e possibile evoluzione degli strumenti di delega e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
- *Implementazione, utilizzo e sviluppo di strumenti digitali* per rafforzare le competenze del personale che attua il lavoro agile, in riferimento all'utilizzo di tecnologie innovative, di piattaforme informatiche per la partecipazione ad eventi formativi o per la programmazione e realizzazioni di riunioni di lavoro in videoconferenza, anche in riferimento al pieno ed efficace utilizzo di tutti gli strumenti informatici, implementati nelle diverse Aziende, a supporto della realizzazione delle attività e dei processi di competenza (stante la necessità di lavorare soprattutto mediante questi strumenti, anziché con strumenti cartacei). Rispetto alla transizione agli strumenti digitali si darà ampio spazio anche agli eventi formativi promossi dalla Regione Emilia-Romagna a

supporto delle competenze digitali per la formazione.

- *Confronto tra esperienze* mutuate nelle realtà delle Aziende rispetto ai diversi aspetti , con particolare riferimento alle figure e funzioni maggiormente interessate e coinvolte, agli strumenti messi in atto per facilitare le relazioni di lavoro tra colleghi e con i dirigenti, alle modalità e agli strumenti per l'assegnazione di obiettivi e valutazione dei relativi risultati e, in definitiva, all'impatto sull'efficienza ed efficacia dei processi e delle attività gestite mediante il lavoro agile.
- *Transizione ecologica*: uno degli aspetti salienti nello sviluppo del lavoro agile è quello dell'impatto ambientale soprattutto riguardo agli aspetti della mobilità e della diminuzione di emissioni di CO2.

### **Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)**

Seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, le amministrazioni valorizzano il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile, nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Il lavoro agile non è un obiettivo in sé, bensì una politica di gestione del cambiamento organizzativo con la finalità di migliorare i servizi resi alla collettività. Una delle principali sfide poste dall'introduzione del lavoro agile ordinario è, dunque, il cambiamento della cultura organizzativa.

L'Azienda ha previsto il coinvolgimento del CUG che, nell'ambito del processo di adozione e di monitoraggio del POLA, dovrà:

- monitorare e segnalare elementi volti a favorire l'adozione di politiche non discriminatorie per chi lavora in modalità agile;
- promuovere e monitorare il percorso di sviluppo delle competenze direzionali, organizzative e digitali rispetto all'introduzione del lavoro agile;
- promuovere il monitoraggio della soddisfazione delle persone in lavoro agile e del management;
- promuovere politiche volte al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati coniugate alla promozione delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

### **Logistica**

Il ricorso diffuso al lavoro agile richiede un ripensamento da parte delle aziende in ordine al concetto di postazione di lavoro. Tra gli aspetti correlati alla flessibilità della prestazione lavorativa vi è, infatti, un diverso utilizzo degli spazi, in virtù del fatto che chi svolge la propria attività in modalità remota per parte della settimana, non occupa stabilmente la propria scrivania. Questa considerazione, unita alla progressiva digitalizzazione/dematerializzazione

documentale, e all'evoluzione tecnologica (WiFi, cloudstoring, VPN, piattaforme web ecc.) rende sempre più elastico il concetto di ufficio tradizionalmente inteso quale insieme di arredi ed attrezzature (scrivania, armadi, postazione telefonica fissa, presa di rete) funzionali allo svolgimento stabile del proprio lavoro.

Riorganizzare e riprogettare spazi e risorse in azienda è, pertanto, una necessità da un lato ma anche un'opportunità se si considera il valore aggiunto (di socializzazione ma anche di scambio di competenze) che può derivare dalla predisposizione di spazi comuni in cui la postazione fisica perde i suoi connotati tradizionali per divenire luogo di interazione professionale e relazionale.

L'attenzione che deve essere dedicata alla progettazione delle aree, dei luoghi, degli spazi in cui i lavoratori si avvicendano richiede una progettualità innovativa tanto nell'individuazione delle aree da dedicare al co-working o desk-sharing quanto nella creazione di postazioni non solo funzionali, ma anche nelle quali il lavoratore possa sentirsi a proprio agio e non "di passaggio".

Questo tipo di approccio innovativo richiede preparazione, condivisione e anche considerazione delle esperienze maturate da altri soggetti, pubblici o privati, che si sono avvicinati già da tempo, in maniera strutturata, a questa modalità lavorativa. È, altresì, importante comprendere il verosimile dimensionamento del fenomeno in ambito aziendale ed interaziendale, in modo da poter tarare le reali esigenze in termini di spazi necessari e postazioni da predisporre.

Per queste ragioni obiettivo della programmazione 2025/2027 è l'analisi per la realizzazione di ambienti di co-working, che potranno anche essere realizzati in fase sperimentale, che mettano i dipendenti (potenzialmente anche di altre aziende) in una condizione di comfort, anche nell'ottica di avvantaggiarsi professionalmente e sotto il profilo relazionale della condizione di temporanea condivisione di spazi ed attrezzature con una ottimizzazione degli spazi disponibili e un concreto risparmio nei consumi .

### **Programma di sviluppo del lavoro agile**

L'AUSL di Imola ha definito un percorso relativo all'applicazione del lavoro agile in fasi successive, in considerazione delle peculiarità degli ambiti organizzativi in cui è articolata l'Azienda, avviando un percorso di ricognizione delle attività nell'ambito dei *servizi trasversali/di supporto* (sanitario/amministrativo/tecnico) che ha portato ad una prima dettagliata mappatura delle funzioni specifiche.

La mappatura delle attività ha permesso, tra l'altro, di constatare come la configurazione delle strutture/articolazioni trasversali/ di supporto denoti, in generale, una flessibilità organizzativa tale da consentire, in linea di principio, un adeguato avvicendamento - nell'ambito delle stesse - tra colleghi; questa specificità organizzativa agevola, in via teorica, l'accesso al lavoro agile da parte di un numero maggiore di dipendenti.

Conseguentemente se ne ricava come negli ambiti presi in considerazione sia possibile

adottare misure organizzative alternative, dirette a garantire maggiore tutela a situazioni personali rispetto alle quali il lavoro agile può costituire una condizione “di supporto “. Naturalmente la modalità agile non può essere garantita in quegli ambiti in cui le attività devono essere svolte necessariamente in presenza: pur tuttavia, la ricognizione è stata condotta in modo da assicurare, enucleando espressamente, anche tali attività un buon livello di trasparenza che sarà implementato nel tempo, grazie all’esperienza condotta e al confronto con le altre aziende.

*Metodologia:* ciascun responsabile di struttura/articolazione organizzativa trasversale/di supporto ha tracciato funzioni ed attività di competenza, individuando gli ambiti in cui la prestazione può essere resa in modalità agile e quelli in cui, date le specifiche peculiarità, tale eventualità non può essere presa in considerazione.

In relazioni a quelli che sono gli obiettivi per il triennio 2025-2027, a seguire si riportano i dati relativi al primo semestre dell’anno 2025 che forniscono lo stato dell’arte dell’organizzazione Aziendale rispetto all’attuazione dei progetti di lavoro agile, fornendo evidenza delle sedi nelle quali sono stati predisposti progetti di lavoro agile e formalizzati i relativi accordi con indicazione del numero totale degli stessi per ciascun ambito.

*TABELLA Contratti di lavoro agile attivi nel primo semestre 2025 per Centro di Costo*

<b>Centro di Costo</b>	<b>Totale</b>
AMM.NE SERV.SAN. OSP. E TERR.	1
CENTRO SALUTE MENTALE	1
CHIRURGIA AMBULATORIO OPERANDI	1
COMMITTENZA E CONTROLLI SANITARI	1
CONTABILITA E FINANZA	4
COSTI COMUNI DIPARTIMENTO AMM.VO E TECN.	1
DIP.SANITA' PUBBLICA - PERS. AMM.VO	2
DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPED. IMOLA	1
FARMACIA OSPEDALIERA - PERS. AMM.VO	1
GOVERNO CLINICO COSTI COMUNI	1
MEDICINA LEGALE	1
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	8
POLO FORMATIVO	3
PREVENZIONE E SICUREZZA AMB. LAVORO	4
SEGR. DISTRETTO E CURE PRIM.- PERS. AMM.	4
SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	4
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	1
SUMAEP	5
SUMAGP	4
TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE	8
UFFICI U.O. ECONOMATO E PROVVEDITORATO	7
UFFICI U.O.PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMP.	1
UFFICIO STAMPA E RELAZIONI ESTERNE	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>65</b>

I dati riportati evidenziano che sulla base della “mappatura” precedentemente realizzata il maggior numero di progetti/accordi di smart working è stato attivato in relazione alle attività svolte dai Servizi ICT, a quelle amministrative, trasversali di supporto ed in parte gestionali.

A seguire si riporta, altresì, una ulteriore rappresentazione dei dati relativi al primo semestre del 2025 con una diversa aggregazione (Area, Ruolo e Dislocazione) che rende evidente come, unitamente alla stabilizzazione del trend di utilizzo dell’istituto e degli accordi in essere, la Direzione aziendale e la Dirigenza, nei diversi ambiti, abbia seguito l’invito all’analisi e alla predisposizione di specifici progetti/accordi in nuovi ambiti anche in via di sperimentazione.

Le esperienze specifiche saranno utili al fine di proseguire nell’analisi e nello sviluppo.

*TABELLA Contratti di lavoro agile attivi nel primo semestre 2025 per Area, Ruolo e Centro di Costo*

Area	Ruolo	Centro di Costo	Totale
AREA DEGLI ASSISTENTI	AMMINISTRATIVO	AMM.NE SERV.SAN. OSP. E TERR.	1
		CONTABILITA E FINANZA	1
		DIP.SANITA' PUBBLICA - PERS. AMM.VO	2
		SEGR. DISTRETTO E CURE PRIM.- PERS. AMM.	2
		SUMAEP	5
		UFFICI U.O. ECONOMATO E PROVVEDITORATO	2
		UFFICI U.O.PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMP.	1
	TECNICO	TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE	2
AREA DEGLI OPERATORI	AMMINISTRATIVO	CONTABILITA E FINANZA	1
		SEGR. DISTRETTO E CURE PRIM.- PERS. AMM.	1
		UFFICI U.O. ECONOMATO E PROVVEDITORATO	1
	SOCIO-SANITARIO	CHIRURGIA AMBULATORIO OPERANDI	1
		POLO FORMATIVO	1
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	AMMINISTRATIVO	CONTABILITA E FINANZA	1
		COSTI COMUNI DIPARTIMENTO AMM.VO E TECN.	1
		DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPED. IMOLA	1
		FARMACIA OSPEDALIERA - PERS. AMM.VO	1
		POLO FORMATIVO	1
		SEGR. DISTRETTO E CURE PRIM.- PERS. AMM.	1
		SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	3
		SUMAGP	3
		TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE	1
		UFFICI U.O. ECONOMATO E PROVVEDITORATO	3
	SANITARIO	COMMITTENZA E CONTROLLI SANITARI	1
		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6
		POLO FORMATIVO	1
		PREVENZIONE E SICUREZZA AMB. LAVORO	2
		SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	1
TECNICO	TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE	4	
AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	AMMINISTRATIVO	SUMAGP	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	CONTABILITA E FINANZA	1
		SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	1

		UFFICI U.O. ECONOMATO E PROVVEDITORATO	1
DIRIGENTE ANALISTA	TECNICO	TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE	1
DIRIGENTE CHIMICO	SANITARIO NON MEDICO	PREVENZIONE E SICUREZZA AMB. LAVORO	1
DIRIGENTE MEDICO	SANITARIO	GOVERNO CLINICO COSTI COMUNI	1
		MEDICINA LEGALE	1
		PREVENZIONE E SICUREZZA AMB. LAVORO	1
DIRIGENTE PSICOLOGO	SANITARIO NON MEDICO	CENTRO SALUTE MENTALE	1
		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2
DIRIGENTE SOCIOLOGO	SOCIO-SANITARIO	UFFICIO STAMPA E RELAZIONI ESTERNE	1
<b>Totale complessivo</b>			<b>65</b>

Al fine di accompagnare la programmazione triennale nel rispetto dell'evoluzione del quadro normativo e contrattuale relativo all'istituto, rientra nella pianificazione del POLA 2025-2027 anche la predisposizione di una nuova regolamentazione che, come la precedente, avrà valenza in ambito metropolitano. In tale ambito si valuterà anche di evidenziare il giusto ruolo che i Dirigenti svolgono in materia, nella già richiamata logica di change-management, tanto in relazione alla diretta redazione dei progetti e alla formalizzazione dei relativi accordi così come anche evidenziato nella circolare del 29/12/2023 del Ministro del Dipartimento della Funzione Pubblica.

## La misurazione e valutazione della performance

Relativamente allo stato di implementazione del lavoro agile, gli obiettivi da porsi, collegati e discendenti da quelli strategici aziendali, in una visione di medio periodo, sono orientati ad un processo di cambiamento, innovazione e transizione sostenibile.

In ordine alla dimensione di valutazione del POLA quale performance organizzativa aziendale, una valutazione circa lo stato di implementazione riguarda:

- **Il livello di digitalizzazione**, in termini di sviluppo da porsi come obiettivo di medio periodo sia in termini di infrastruttura di Rete, che di tecnologia hardware da fornire o mettere a disposizione dei singoli dipendenti, come anche in termini di sicurezza digitale degli applicativi. Il POLA, di conseguenza, in armonia con il Piano Aziendale di Transizione Digitale deve proporre indicatori di valutazione del lavoro agile orientati sui programmi di transizione digitale definiti a livello di sistema più complessivo. In specifico va valutato quanto, a livello di start up iniziale, la dotazione tecnologica e la conoscenza digitale del personale coinvolto sia in grado di supportare il lavoro agile e di conseguenza gli obiettivi di periodo che si intendono raggiungere in termini di sviluppo di tale aspetto.
- **Il rafforzamento dell'Azienda in termini di resilienza**. Il lavoro agile va visto come strumento per garantire continuità delle attività anche in circostanze eccezionali nelle quali non possa essere garantita la presenza ordinaria del dipendente. Tale indicatore discende anche dal precedente obiettivo e ci permettere di misurare il livello di capacità dell'Azienda di far transitare, all'occorrenza, la propria attività in tempi brevi, in ordine alle funzioni individuate nel POLA, in lavoro agile. E' necessario misurare la capacità

aziendale di permutare in maniera massiva, a fronte di necessità, l'assetto organizzativo secondo le opportunità fornite dal lavoro agile.

- **Lo sviluppo di processi di semplificazione amministrativa.** Altro aspetto di importanza strategica riguarda la semplificazione amministrativa. Le Aziende Sanitarie, come la PA in generale, hanno bisogno di snellire le procedure amministrative in essere, anche avvalendosi delle nuove tecnologie digitali. Oltre alle semplificazioni procedurali in itinere, obiettivi di semplificazione amministrativa devono riguardare il rapporto con il cittadino, al fine di sviluppare modalità di interazione con la PA più veloci e dirette, superando ridondanti passaggi procedurali e riducendo i tempi di risposta.

### **Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile**

Con le dovute attenzioni ai diritti e al benessere complessivo del lavoratore non vi è dubbio che il lavoro agile, se adottato in maniera strutturale e non residuale, possa alla riduzione delle emissioni di gas serra e al miglioramento della qualità della vita nelle nostre città, con evidenti vantaggi, sia a livello locale sia a livello globale.

Il lavoro agile non si limita a migliorare le condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro e a contribuire alle performance organizzative e individuali, ma può avere degli impatti positivi su diversi ambiti:

Interni all'Azienda:

- riduzione degli infortuni in itinere;
- riduzione del fabbisogno di aree di sosta veicolare nelle sedi aziendali;
- riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;
- riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro;
- riduzione e ottimizzazione degli spazi e risparmi in termini di utilities.

Esterni all'azienda:

- minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dalla riduzione degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti;
- riduzione dei consumi energetici;
- riduzione delle emissioni inquinanti grazie alla riduzione degli spostamenti di servizio dovuti a riunioni, formazione, ecc.;
- minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali e risorse (cancelleria e utenze); minore consumo di prodotti monouso, di cibi e bevande da asporto che si traduce in minore spreco di cibo e scelte alimentari più sostenibili, meno imballaggi, ecc.;
- ripopolamento delle aree urbane periferiche e delle aree interne del territorio

con conseguente redistribuzione dei consumi.

L'Azienda deve mantenere e semmai incrementare l'incentivazione di forme di mobilità sostenibile da parte dei dipendenti al fine di scoraggiare l'uso del veicolo privato.

Gli obiettivi a breve e lungo termine a cui tendere a livello interaziendale sono quindi la riduzione del numero e della distanza degli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti e contestualmente una graduale riprogettazione e adeguamento degli ambienti di lavoro in un'ottica di sostenibilità ambientale ed economia circolare. La riduzione degli spostamenti di servizio va perseguita mediante il ricorso prioritario a sistemi di videoconferenza, ogni qualvolta non vi siano esigenze ostative, per attività quali riunioni, formazione, consulenze, ecc.,

Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre anche la distanza degli spostamenti è opportuno affiancare al lavoro agile anche la modalità di co-working, svolto mediante telelavoro da sedi satellitari aziendali o in affitto per quei dipendenti che hanno esigenze familiari ed abitano a distanze significative dalla propria sede di lavoro.

## Conclusioni

La gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre anche nelle Aziende sanitarie lo strumento del lavoro agile, attraverso modalità semplificate.

Questa fase di sperimentazione generale ha rappresentato una utile base di partenza per lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, del lavoro agile.

L'esperienza condotta sulla base del POLA 2022-2024 ha portato ad un buon livello di utilizzo del lavoro da remoto fino ad una stabilizzazione dello stesso all'interno dell'organizzazione aziendale.

A seguire si riportano i dati relativi al numero di giornate svolte in modalità agile nell'intero anno 2024, con indicazione specifica del numero dei giorni di lavoro agile effettuati, quelli lavorati e quelli lavorativi in relazione alla tipologia di personale e all'area contrattuale di riferimento (comparto o dirigenza).

*TABELLA Totale di giorni di lavoro agile nell'anno 2024 in rapporto a giorni lavorati e giorni lavorativi*

Tipologia dipendente	gg lavoro agile	gg lavorati	gg lavorativi
<b>COMPARTO</b>	<b>1567</b>	<b>5635</b>	<b>9547</b>
AMMINISTRATIVO	935	3373	5896
SANITARIO	134	1116	1656
SOCIO-SANITARIO	265	122	506
TECNICO	233	1024	1489
<b>DIRIGENZA</b>	<b>447</b>	<b>2301</b>	<b>3885</b>
AMMINISTRATIVO	57	344	506
SANITARIO	157	930	1455
SANITARIO NON MEDICO	146	679	1165
SOCIO-SANITARIO	56	160	506
TECNICO	31	188	253
<b>Totale complessivo</b>	<b>2014</b>	<b>7936</b>	<b>13432</b>

Si riportano, altresì i dati aggregati in relazione al personale del comparto e a quello della dirigenza con indicazione del genere delle lavoratrici/lavoratori che hanno avuto contratti di smartworking attivi nell'anno 2024.

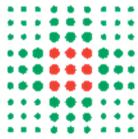
TABELLA Totale di giorni di lavoro agile nell'anno 2024 in rapporto a giorni lavorativi suddivisi per genere

COMPARTO	Genere	Dipendenti che hanno usufruito di giorni di lavoro agile		
		gg di lavoro agile effettuati nell'anno	gg lavorativi dell'anno	
COMPARTO	F	29	972	6709
	M	12	595	2838
<b>COMPARTO Totale</b>		<b>41</b>	<b>1567</b>	<b>9547</b>
DIRIGENZA	F	10	239	2632
	M	5	208	1253
<b>DIRIGENZA Totale</b>		<b>15</b>	<b>447</b>	<b>3885</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>56</b>	<b>2014</b>	<b>13432</b>

GRAFICO Totale di giorni di lavoro agile nell'anno 2024 per contratto e genere



I dati riportati evidenziano un buon livello di utilizzo dell'istituto con una prevalenza nell'ambito del personale del comparto e nel genere femminile nel quale, evidentemente ancora oggi prevale l'esigenza di bilanciare i tempi di vita con quelli di lavoro (ciò anche se si deve comunque considerare che nel personale del comparto vi è ancora una prevalenza del genere femminile). Questi dati pertanto confermano la necessità di procedere con gli obiettivi prefissati nel piano di sviluppo POLA 2025-2027 ed in particolare della necessità di porre in essere azioni che conducano ad un effettivo cambio culturale, in modo che l'attività lavorativa svolta in modalità agile sia generalmente riconosciuta come una modalità alternativa di svolgimento rispetto a quella in presenza; modalità che, se fondata su progetti organizzativi ragionati ed evoluti può portare ad una maggiore efficienza della prestazione stessa, percepita dall'utenza come di maggiore qualità e utile al benessere del singolo lavoratore nonché a quello organizzativo .



## **PIAO 2025-2027**

### **SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

#### **Riferimenti normativi**

- L. 6.11.2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”,
- D.Lgs.14/03/2013, n. 33 ad oggetto: “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”
- art. 6 del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del piano nazionale di resistenza e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”
- D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022
- D.L. n. 36 del 30 aprile 2022

#### **Deliberazioni ANAC**

- n. 831 del 3 agosto 2016 (PNA 2016),
- n.1208 del 22 novembre 2017 (Aggiornamento 2017 del PNA 2016),
- n. 1074 del 21 novembre 2018 (Aggiornamento 2018 del PNA 2016),
- n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019),
- n. 7 del 17 gennaio 2023 (PNA 2022),
- n. 605 del 19 dicembre 2023 (Aggiornamento 2023 del PNA 2022)

#### **Deliberazioni Regione Emilia Romagna**

- DGR n.990 del 19/6/2023
- DGR 973 del 23/06/2025

## INDICE

1. Informazioni di carattere generale
2. Processo di redazione e approvazione della Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza
3. Sistema di governance
4. Sistema di monitoraggio
5. Coordinamento con gli strumenti di programmazione
6. Analisi del contesto esterno
7. Analisi del contesto interno
8. Valutazione del rischio
9. Trattamento del rischio
  - 9.1 Trattamento del rischio: previsione delle misure generali
  - 9.2 Trattamento del rischio: previsione delle misure specifiche
10. Trasparenza

### ***Allegati:***

*A. Analisi del contesto esterno*

*B. Mappatura processi interni. Analisi, valutazione del rischio responsabilità e misure:*

- AREA AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
- AREA CONTRATTI PUBBLICI
- AREA RISORSE UMANE
- AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- AREA GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
- AREA ICT
- AREA LIBERA PROFESSIONE
- AREA LISTE D'ATTESA
- AREA CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI
- AREA DECESSI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI
- ALTRE MAPPATURE PROCESSI E AREE DI RISCHIO

*C. Griglia obblighi "Amministrazione Trasparente"*

## 1. Informazioni di carattere generale

Il modello adottato dalla Regione Emilia Romagna, con la DGR 990/2023 , in coerenza con quanto previsto dal DL 80/2022 all'art.6 comma 7-bis e con il sistema già adottato da anni nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per il sistema di misurazione e valutazione della performance, connota il PIAO triennale come un documento con contenuti strategici e consente di articolare nelle apposite Sottosezioni la descrizione delle componenti strategiche di specifico riferimento, in modo da comporre un quadro complessivo ed omogeneo degli obiettivi e delle azioni da perseguire nel periodo triennale considerato.

La Sottosezione dedicata ai “Rischi corruttivi e trasparenza” viene adottata al fine di avviare concretamente le azioni previste per il 2025 mantenendo comunque una prospettiva triennale, in aderenza al PNA 2022 ed ai successivi aggiornamenti approvati dall'ANAC; la sottosezione si concentra sulla definizione degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, e sulla descrizione delle principali modalità attraverso le quali si intende perseguirli.

L'Azienda USL di Imola nel corso dell'ultimo biennio ha approvato:

- con deliberazione n. 53 del 27/2/2023, la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025,
- con deliberazione n. 43 del 28/2/2024, l'aggiornamento 2024 della Sottosezione 2023-2025

La presente Sottosezione viene approvata con prospettiva temporale del triennio 2025-2027 e potrà essere oggetto di aggiornamenti annuali, qualora ritenuti necessari nel corso dell'arco del triennio di validità.

Per una maggiore fruibilità del documento, nella sua interezza, vengono allegate tutte le componenti previste da normative di settore anche se già presenti nelle precedenti edizioni. Nello specifico, vengono allegate e richiamate, nella versione attuale e aggiornata, l'analisi del contesto esterno ed interno, la mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione dei rischi, l'identificazione delle misure generali e specifiche, le azioni di monitoraggio, la trasparenza.

### **“Valore pubblico” e definizione di corruzione come “maladministration”**

E' importante sottolineare che la Sottosezione viene redatta sulla base delle indicazioni fornite da ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022), che costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, e dei successivi aggiornamenti al Piano adottati dalla Agenzia stessa.

Come sottolineato da ANAC, il PNA 2022 viene emanato in una fase storica complessa, caratterizzata da forti cambiamenti legati alle riforme collegate con gli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed ai cambiamenti a livello internazionale; in questo contesto generale, gli strumenti di prevenzione della corruzione e della trasparenza crescono ed acquisiscono nel tempo una valenza sempre più incisiva nella azione amministrativa.

Il PNA 2022 definisce tali strumenti come “dimensioni del e per la creazione del **valore pubblico**”, nel concetto introdotto dal Decreto Funzione Pubblica 30/6/2022 n.132, cioè inteso come “l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo, generati dall'azione amministrativa”. Il processo di gestione del rischio, il sistema dei controlli interni, il coinvolgimento degli stakeholders, in quanto funzionali al buon funzionamento dell'amministrazione, rappresentano strumenti a garanzia del valore pubblico.

La legge 6 novembre 2012, n. 190, approvata nel quadro della normativa internazionale (Convenzione ONU, Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, es. OCSE e Consiglio d'Europa) ha introdotto una definizione, ancora attuale, di **corruzione** intesa in modo più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale, la cosiddetta "maladministration".

Il concetto di "**maladministration**", che qui si intende richiamare, va inteso come assunzione di decisioni che sono ispirate e finalizzate ad ottenere vantaggi privati piuttosto che alla cura dell'interesse comune, a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Quindi atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la cura dell'interesse pubblico (come ad esempio le situazioni di conflitto di interesse, nepotismo, clientelismo, assenteismo, sprechi, ecc) e che necessitano di misure di contrasto con un approccio multidisciplinare, dove trovano spazio strumenti di natura preventiva a condotte corruttive accanto a strumenti di natura repressiva.

## **2. Processo di redazione e approvazione della Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza**

Elemento fondamentale della Sottosezione è la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione, presupposto indispensabile per avviare concretamente le azioni per il triennio, in coerenza con le linee dettate dal PNA 2022 e con gli obiettivi definiti sistema di programmazione aziendale.

Alla luce dell'esperienza degli esercizi precedenti, la Direzione Aziendale prevede i seguenti obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione per il prossimo triennio:

- 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. Per l'anno 2025, si prevede il riesame per le aree:
  - Bilancio e Flussi finanziari, in ottica di servizio unico metropolitano,
  - Medicina del lavoro (medicina preventiva e medico competente)
  - Farmaci ad alto costo
  - Medicina Legale
  - Area ICT "information and communications technology"
- garantire l'integrazione con gli strumenti di programmazione, in attuazione delle linee fornite dal livello regionale sul PIAO;
- rafforzare la cultura dei controlli, come strumento di miglioramento e di creazione di valore, in applicazione delle "Linee guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" adottate dal Direttore della Direzione Generale Salute e Welfare con determinazione n. 18471 del 10 settembre 2024 e recepite con deliberazione aziendale n.234 del 19/12/2024 ad oggetto "Il sistema dei controlli interni dell'Azienda USL di Imola"

Su proposta del RPCT, in applicazione dei contenuti della DGR 973 del 23/06/2025, la Direzione aziendale adotta la sottosezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” entro il 31/7/2025, quale documento allegato al PIAO 2025-2027.

### **3. Sistema di governance**

Con deliberazione n.247 del 24/12/2024, è stato approvato l’aggiornamento del Regolamento di Organizzazione aziendale “ROA) che contiene la descrizione analitica della struttura organizzativa aziendale, declinando per ciascun Dipartimento, Struttura complessa e/o semplice e Programmi, le rispettive mission e ambiti di responsabilità.

La definizione dell’assetto organizzativo è una misura fondamentale in quanto permette la precisa individuazione dei Direttori/Referenti del RPCT, del sistema di prevenzione del rischio corruttivo e della realizzazione degli obiettivi di trasparenza.

I Dipartimenti, insieme alle Direzioni Tecniche, rappresentano il modello ordinario di gestione: attraverso l’esercizio dei differenti ruoli, i Direttori delle strutture costituiscono lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi delle azioni di contrasto alla corruzione.

Più in generale però, tutti gli operatori e collaboratori dell’AUSL di Imola sono coinvolti nel sistema di prevenzione del rischio corruttivo; nel dettaglio le diverse figure impegnate in questo processo sono sintetizzate nel seguente schema.

#### **Sistema di prevenzione del rischio corruttivo - “Chi fa cosa”**

<p><b>Il Direttore Generale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nomina il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;</li><li>• definisce gli obiettivi strategici in materia;</li><li>• adotta tutti gli atti finalizzati alla prevenzione della corruzione e trasparenza.</li></ul>
<p><b>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RCPT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• coordina le attività legate alla prevenzione della corruzione e trasparenza a livello aziendale;</li><li>• predispone la Sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO;</li><li>• monitora le misure di prevenzione previste nel piano;</li><li>• verifica l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate;</li><li>• raccoglie le segnalazioni di illecito e di miglioramento organizzativo e tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. whistleblowing);</li><li>• assicura la formazione degli operatori sul tema dell’integrità e dell’etica</li></ul> <p>Per una analisi dettagliata si rinvia al PNA 2022 - allegato 3</p>
<p><b>I Direttori di Dipartimento, Struttura complessa e/o semplice e Programmi, per l’area di competenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• partecipano al processo di gestione del rischio e propongono le misure di prevenzione;</li><li>• sono responsabili degli obiettivi di prevenzione della corruzione, assegnati nell’ambito del processo di budget;</li><li>• Rappresentano, al RPCT, su base semestrale (di norma, entro il 30/6 ed entro il 30/11) ovvero alla cadenza prevista nel Registro dei rischi, una relazione dettagliata sulla effettiva attuazione delle misure e sulle criticità riscontrate;</li><li>• Applicano le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento, compresa la normativa sulla incompatibilità nella adozione di pareri e atti, astenendosi in caso di conflitto di interessi, anche potenziale;</li></ul>

- Provvedono all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale

**L'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) e l'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR)**

- Garantiscono il coordinamento fra Regione e Aziende SSR al fine di dare piena attuazione e coerenza agli strumenti di programmazione nella implementazione del PIAO
- svolgono compiti legati al controllo ed attestazione degli obblighi della trasparenza;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento;

**Tutti i dipendenti e collaboratori dell'amministrazione:**

- partecipano al processo di gestione del rischio
- partecipano agli eventi formativi organizzati
- avanzano proposte di miglioramento delle azioni e delle misure preventive
- osservano ed attuano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- segnalano casi di illecito e di potenziale conflitto di interessi.

**Altri Soggetti:**

**Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio**, per le funzioni di cui all'art. 10 del D. Lgs.231/2007:

- dr.ssa Paola Petocchi, Direttore UOC Economato e Logistica

**Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)**, per le funzioni di cui all'art. 33-ter del DL. n. 179/2012:

- Ing. Alessandro Domenico Faiello, Direttore UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

**Tavoli interaziendali con la partecipazione della AUSL di Imola**

**Rete per l'integrità e la trasparenza (RIT) della Regione Emilia Romagna**

Costituita nella Regione Emilia Romagna in applicazione dell'art. 15 della LR 18/2016, quale sede di confronto volontaria a cui possono partecipare i RPCT degli enti del territorio regionale, per condividere buone pratiche, proposte e organizzare attività comuni di formazione.

**Tavolo in materia di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell'AVEC (Area Vasta Emilia Centro) e AUSL Romagna**

Costituito nel 2013, quale Tavolo di coordinamento interaziendale degli RPCT, rappresenta una importante sede di confronto e promozione dell'attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Nel corso delle riunioni a cadenza mensile, sono condivisi e trattati gli aspetti normativi di immediata applicazione. Delle attività svolte viene data puntuale informazioni ai Direttori Amministrativi attraverso l'invio dei verbali degli incontri, al fine di dare impulso alle rispettive azioni all'interno delle Aziende.

Il gruppo RPCT AVEC promuove e coordina l'attività di gruppi di lavoro interaziendali su ambiti di comune interesse come la regolamentazione aziendale in tema di antiriciclaggio, la condivisione dell'analisi del rischio corruttivo per specifiche aree di rischio; si attiva inoltre per l'organizzazione di eventi formativi e delle Giornata della Trasparenza, allargati a tutte le Aziende.

#### **4. Sistema di monitoraggio**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del “Sistema di gestione del rischio” in quanto permettono di verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendo in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il monitoraggio è un’attività continuativa di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un’attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso: si tratta di due attività diverse anche se strettamente collegate, i risultati dell’attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva.

Presso questa Azienda è stato consolidato in questi anni un sistema di **monitoraggio** di “primo livello”, attuato in modalità di autovalutazione da parte dei Dirigenti Responsabili dei Servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio stesso, anche mediante formulazione di evidenze concrete dell’effettiva adozione della misura. La relazione di monitoraggio viene trasmessa al RPCT; in questo modo, le relazioni dei Referenti Anticorruzione forniscono al RPCT gli elementi utili a verificare l’efficacia e l’idoneità delle misure per il trattamento del rischio e il loro stato di attuazione.

La medesima modalità di monitoraggio viene utilizzata anche per la verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Responsabili di Pubblicazione sul sito alla sezione “Amministrazione Trasparente”.

Tutte le rendicontazioni sono agli atti della SSU attività Amministrative Trasversali, in staff alla Direzione Amministrativa.

Tali strumenti servono anche a monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di budget assegnati in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Inoltre, in linea con gli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale, a decorrere dall’anno 2022 si è anche proceduto al **riesame** dell’analisi del rischio e delle misure di prevenzione, secondo la metodologia dettata dal PNA 2019, dapprima nelle aree di rischio riferite all’Area Amministrativa e Tecnica e, a seguire, estese anche all’Area dei processi sanitari; il riesame ha permesso anche di ripensare ed aggiornare le relative modalità di rendicontazione e monitoraggio.

Si rinvia al successivo capitolo “7. *Analisi del contesto interno*” per la trattazione dettagliata dei lavori svolti.

#### **5. Coordinamento con gli strumenti di programmazione**

La realizzazione di un’efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo deve passare necessariamente attraverso il coordinamento con la complessiva pianificazione aziendale, strategica e di medio-breve periodo, secondo le indicazioni fornite dalla Regione (art. 6 co. 7bis del DL 80/2021).

Tale esigenza di integrazione, che viene chiaramente perseguita dal legislatore con l’introduzione del PIAO, è declinata dalla Regione Emilia Romagna con il modello con la DGR 990/2023 più volte citata.

Nell’attuale sistema dell’AUSL di Imola, il coordinamento delle misure di prevenzione e trasparenza con la complessiva pianificazione aziendale, si compone nel processo di budget annuale, che riporta, fra gli altri, anche gli obiettivi collegati agli adempimenti in materia di

trasparenza e anticorruzione. Il rendiconto della corretta attuazione delle azioni di prevenzione viene validato dal RPCT e trasmesso all'OAS per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa afferenti ai Direttori/Referenti per l'anno di competenza, nella percentuale prevista, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Inoltre, al fine di rafforzare la cultura dei controlli come strumento di miglioramento e di creazione di valore pubblico, questa Azienda ha dato avvio al Sistema dei Controlli interni (SCI) con l'adozione della deliberazione n.234 del 19/12/2024, nella quale sono descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento che questa Azienda intende adottare in applicazione delle "Linee guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" di cui alla determinazione regionale n. 18471/2024.

Il Sistema di Controllo Interno aziendale si identifica in una struttura basata su tre livelli di controllo, in ciascuno dei quali, le funzioni di controllo e gestione dei rischi hanno una specifica connotazione nell'esercizio definito dai differenti ruoli aziendali.

I tre livelli di controllo interno rappresentano pertanto livelli funzionali che intervengono ciascuno con strumenti e modalità proprie, agiscono in momenti temporali diversi, conferendo tuttavia unitarietà al Sistema di Controllo Interno.

Nel sistema delineato, per sua propria connotazione, la "Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" costituisce uno degli ambiti cui attiene il secondo livello di controllo dei rischi; si tratta infatti di una funzione aziendale trasversale a tutta l'organizzazione, che garantisce il monitoraggio continuo del rischio specifico.

Di particolare valore è l'azione che l'AUSL di Imola sta implementando, fin dal corrente anno 2025, che consiste nell'utilizzo della mappatura dei processi allegata alla presente Sottosezione, per la progressiva mappatura dei processi, valutazione dei relativi rischi e mappatura dei controlli di 1° livello.

Questa modalità, se da un lato potrà costituire un elemento di facilitazione per la mappatura dei processi per i controlli di 1° livello, nel contempo, potrà favorire anche l'aggiornamento del processo ai fini dell'analisi del rischio corruttivo, generando, in modo sinergico e coordinato, un valore aggiunto per il generale sistema di controlli aziendali.

## **6. Analisi del contesto esterno**

### **Il contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno è fondamentale per fornire all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in base alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione stessa si trova ad operare e costituisce un presupposto indispensabile del processo di gestione del rischio corruttivo e quindi di creazione di valore pubblico.

L'obiettivo è quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

### **Il contesto economico**

Il documento che si allega (**Allegato A**) costituisce il prodotto di una collaborazione inter-istituzionale, nell'ambito della "Rete per l'Integrità e la Trasparenza" della Regione Emilia-Romagna, nata anche per condividere, tra tutti i "Responsabili della prevenzione della corruzione e Trasparenza" degli enti aderenti, documenti e criteri di riferimento per la descrizione del contesto, socio-economico e criminologico, del territorio regionale emiliano-romagnolo. (<http://legalita.regione.emilia-romagna.it/rete-trasparenza>)

L'analisi, cui si rinvia nel documento allegato, si suddivide in due parti, una legata allo scenario economico-sociale regionale, che spazia anche al contesto internazionale ed Europeo, ed una dedicata al profilo criminologico del territorio.

## **7. Analisi del contesto interno**

### **Il contesto interno**

Per la rappresentazione del contesto aziendale, della identità e della struttura organizzativa, comprese le relazioni con le altre aziende del SSR nella gestione di processi e di reti clinico-assistenziali e di supporto ad integrazione interaziendale, si rinvia al PIAO del triennio di riferimento.

### **La mappatura dei processi interni**

Nella presente sezione, il focus dell'analisi del contesto interno è sulla mappatura dei processi interni e dei rischi correlati che, come ribadito nel PNA 2022, riveste fondamentale importanza al fine di un'ottimale programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.

La progressiva mappatura delle aree di rischio aziendali ha costituito un obiettivo programmatico della Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 e del documento di aggiornamento relativo all'anno 2024, nonché dei precedenti PTPCT.

Il fine è infatti quello di arrivare ad una mappatura analitica dei processi, in particolare ai processi che hanno luogo in area sanitaria (principalmente le aree di rischio riguardanti "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni", "Liste di attesa", "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni") volta a valutarne le criticità ai fini di una efficace attività di prevenzione della corruzione, che verrà svolta il più possibile in sinergia con quella richiesta dalle altre attività aziendali, soprattutto in campo delle performance, nell'ottica dell'auspicata programmazione integrata.

L'attività svolta nel 2024 e programmata per il triennio si colloca proprio nel solco di questa programmaticità. Infatti, nel corso del 2024 e del 2025 sono proseguiti i lavori di mappatura dei processi e dei rischi condotti sia in ambito aziendale che nell'ambito del Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con una analisi per aree di rischio, legate anche all'area sanitaria.

Ci si riferisce ai lavori di mappatura delle seguenti aree:

- a- processi area ICT
- b- processi area Liste di Attesa
- c- processi dei Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche delle aziende sanitarie territoriali

### **PROCESSI AREA ICT**

Come anticipato, nel corso del 2024 è stato costituito, nell'ambito del Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un apposito Gruppo di Lavoro interaziendale composto da esperti della specifica materia nelle singole aziende e di prevenzione della corruzione, con l'obiettivo di aggiornare la mappatura dei processi e valutazione

dei rischi attinenti all'area ICT con particolare riguardo al tema del cyber risk, con area di intervento inerente gli applicativi a gestione diretta delle Aziende Sanitarie (politiche di sicurezza, applicazione Linee Guida internazionali per l'analisi del rischio, rilevamento minacce..).

La finalità del Gruppo è stata quella di fornire, tramite un confronto congiunto, una base di lavoro che costituisse un punto di partenza per l'attività di mappatura svolta poi individualmente dalle Aziende sulla base delle specifiche peculiarità.

L'Azienda USL di Imola, con il coinvolgimento del Direttore e di professionisti della UOC Tecnologie Informatiche di Rete è così pervenuta all'adozione di una propria mappatura dei processi e delle attività a rischio corruttivo, che ha tenuto conto delle peculiari modalità organizzative e procedurali dell'Azienda.

Il lavoro è stato condiviso con le altre Aziende del Tavolo RPCT / Romagna (cfr. Allegato B).

### PROCESSI AREA GESTIONE LISTE DI ATTESA AMBULATORIALI E CHIRURGICHE

Anche in questo ambito, nel corso del 2024 è stato costituito uno specifico Gruppo di Lavoro in seno al Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, composto da esperti della specifica materia nelle singole aziende e di prevenzione della corruzione, che ha elaborato uno schema di mappatura dei processi e dei rischi.

A livello aziendale, la mappatura è stata analizzata dai professionisti della Direzione Medica di Presidio e dai Responsabili della gestione delle Liste di attesa sia per l'ambito ambulatoriale che chirurgico, e personalizzata rispetto alle specificità aziendali

### PROCESSI DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La mappatura dei processi a rischio corruttivo, trasversali alle UUOCC del Dipartimento di Salute Mentale, ha preso avvio, anche in questo caso, su impulso del Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per poi proseguire separatamente a causa di difficoltà organizzative interne all'Azienda USL di Imola.

Il lavoro di mappatura aziendale, pur considerando il documento elaborato in seno al Gruppo, ha però utilizzato un differente ambito di analisi, concentrandosi sui processi di carattere clinico-sanitario, dal momento che i processi amministrativi restano in grande parte assorbiti dalla mappatura da tempo esistente sull'area dei contratti e dell'Amministrazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

La mappatura dei processi in tale area è stata integrale ed ha coinvolto svariate aree di rischio, sia generiche che specifiche: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico diretto ed immediato, provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico e diretto, rapporti con soggetti erogatori.

Inoltre, perseguendo il sopra citato obiettivo programmatico di mappatura analitica dei processi aziendali, anche sanitari, e dei correlati rischi, all'inizio dell'anno 2025 sono stati costituiti nell'ambito del Tavolo AVEC e dell'AUSL della Romagna ulteriori Gruppi di Lavoro che avranno ad oggetto le seguenti Aree:

- Prescrizione di farmaci ad alto costo
- Bilancio e settore finanziario
- Medicina del lavoro

Per quanto riguarda l'area del Bilancio, oggetto di mappatura dei processi a rischio corruttivo già nel 2022, l'esigenza di aggiornamento deriva dalla successiva unificazione della UO Contabilità e Finanza all'interno del Servizio Unificato Metropolitan Contabilità e Finanza

Per la disamina di tutte le mappature aziendali, sia di quelle qui esplicate che delle precedenti, si rimanda alla mappatura contenuta nell'allegato B.

Per le poche restanti aree di rischio e singoli ambiti aziendali che non sono ancora stati oggetto di riesame con la metodologia del PNA 2019, si segnala che nelle mappature (cfr all. B), i processi sono identificati in funzione dell'area di rischio, generale o specifica, come definite nel PNA 2013 e PNA 2015.

## 8. Valutazione del rischio

Relativamente ai processi mappati nel corso del 2024-2025, descritti al paragrafo precedente e specificamente individuati e descritti nell'ambito delle aree di rischio, si è proceduto alla valutazione dei rischi correlati, seguendo l'approccio metodologico introdotto dal PNA 2019, con l'obiettivo di arrivare a valutare compiutamente i rischi corruttivi dell'intera attività svolta dall'amministrazione.

Il metodo di valutazione del rischio utilizzato per ogni singolo processo/fase di processo fa ricorso a degli indicatori specifici: grado di discrezionalità; eventi corruttivi; livello di interesse esterno; opacità del processo; grado di attuazione delle misure di prevenzione.

La valutazione tiene conto del **rischio residuo**, in funzione dei punti di forza o di eventuale residua vulnerabilità, nonché degli esiti del monitoraggio e delle misure attuate.

Le aree di rischio esaminate al fine di valutare il concreto e specifico evento rischioso, sono state le medesime indicate nel precedente capitolo 7.

Nel triennio, l'obiettivo è quello di arricchire l'analisi del rischio dei processi di area sanitaria, come più volte citati, attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture organizzative interessate.

## 9. Trattamento del rischio

La fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare misure di prevenzione, puntuali e concrete, idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati, in funzione sia del livello di rischio, sia dei fattori abilitanti.

Tutte le attività poste in essere attraverso la mappatura e la valutazione del rischio sono state, quindi, propedeutiche all'identificazione e progettazione di misure adeguate a contrastare il rischio corruttivo in concreto.

Le misure di prevenzione del rischio consistono in

- **misure generali**, che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;

- **misure specifiche**, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.

Le misure generali poste in atto nella AUSL di Imola sono le medesime già adottate ed individuate nella precedente Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 23-25 e nei precedenti PTPCT:

- Codice di comportamento
- Conflitto di interesse, incompatibilità, inconfiribilità, svolgimento di incarichi esterni
- Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (cd whistleblowing)
- Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (cd pantouflage)
- Rotazione ordinaria del personale
- Patti di integrità
- Formazione
- Collegamento con il Piano della performance
- Trasparenza

Nel proseguo la trattazione si concentrerà sulla disamina degli aggiornamenti e delle novità recentemente apportate o che verranno adottate nel corso del triennio rispetto alle suelencate misure generali, mentre per gli aspetti non richiamati in questa sede restano confermate le indicazioni contenute nei precedenti PTPCT/Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 23-25, cui si rimanda.

Per la le relazioni con il Piano della performance si rimanda al precedente cap.5.

## **9.1 Trattamento del rischio: previsione delle misure generali**

### **Codice di Comportamento**

Il Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62) è stato oggetto di recenti modifiche apportate dal D.L. 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79 e dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 che hanno modificato l'art. 54 del D. Lgs. n.165/2001.

Le modiche hanno riguardato, principalmente, l'inserimento di disposizioni dedicate al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione; alla formazione obbligatoria sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico; alla responsabilità dei dirigenti per la crescita dei propri collaboratori e per il benessere organizzativo nonché ai criteri di misurazione e valutazione della performance.

A livello regionale un apposito gruppo di lavoro ha elaborato una proposta di nuovo Schema tipo del Codice di comportamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale, in coerenza con le nuove disposizioni nazionali, che la Giunta Regionale ha adottato con delibera n. 1956 del 13 novembre 2023.

Il nuovo schema tipo di Codice di Comportamento aziendale è stato pubblicato sul sito internet dell'Azienda USL di Imola (su "Amministrazione Trasparente" e nelle news in primo piano), oltre che nella intranet aziendale, al fine di dare avvio alla procedura aperta di consultazione.

Inoltre, ai fini della massima trasparenza, è stata data informativa alle organizzazioni sindacali dell'aggiornamento del Codice e dell'apertura della relativa procedura di consultazione pubblica, allegando lo schema tipo elaborato in sede Regionale.

Decorsi i termini della procedura di consultazione e preso atto che non è pervenuta alcuna osservazione da parte degli stakeholders, il testo aggiornato della proposta del Codice di Comportamento della AUSL di Imola è stato sottoposto al preventivo parere obbligatorio dell'OIV-SSR come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, che in data 16/1/2024 si è espressa con "parere favorevole" all'approvazione.

Al termine dell'iter previsto dalla normativa, con deliberazione n.20 del 29/1/2024, il Direttore Generale ha approvato il "Codice di Comportamento per il personale operante presso l'Azienda Usl di Imola" e la relativa Relazione illustrativa di accompagnamento.

L'attuale codice di comportamento dell'AUSL di Imola ed è pubblicato sul sito aziendale - Amministrazione trasparente - Disposizioni Generali - Atti Generali

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8302>

ed inoltre, al fine di una sua più ampia diffusione e conoscenza, viene richiamato nel contratto individuale di lavoro sottoscritto al momento della costituzione del rapporto da tutti i dipendenti e titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo nonché, per i dirigenti, all'atto di sottoscrizione del contratto di conferimento dell'incarico dirigenziale. Viene inoltre richiamato nei contratti stipulati a seguito di procedure di acquisto / lavori espletate da questa Azienda.

### **Conflitto di interessi. Incompatibilità, inconferibilità e svolgimento di incarichi esterni.**

Come noto, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento DPR 62/2013, al fine di far emergere possibili conflitti di interesse con l'attività della struttura di assegnazione e con i compiti affidati, ogni lavoratore deve informare il relativo responsabile di tutti i rapporti di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, secondo le precisazioni richieste dal Codice stesso.

La dichiarazione viene raccolta all'atto dell'assunzione, in caso di trasferimento o assegnazione a diverso incarico di tipo gestionale, e deve essere aggiornata annualmente tramite il portale aziendale da parte di tutti i dipendenti.

Relativamente alle dichiarazioni sulla insussistenza di incompatibilità e inconferibilità dei Dirigenti, si segnala che, in senso differente rispetto alle precedenti indicazioni, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna, con nota in atti al prot. 3163 del 29/1/2025, ha richiesto alle Aziende del SSR di provvedere alla raccolta ed alla pubblicazione sul proprio sito, sezione "Amministrazione Trasparente", delle dichiarazioni relative alla insussistenza di incompatibilità e inconferibilità anche dei propri dirigenti PTA titolari di incarichi gestionali, al fine di adeguarsi alle previsioni del decreto legislativo n. 33 del 2013 e s.m.i..

Il cambiamento di orientamento si è reso necessario a seguito di un provvedimento ANAC, che aveva raggiunto altra Azienda della Regione, ove veniva richiesta, appunto, la pubblicazione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ex art. 20 D. Lgs. 39/2013 anche per i Dirigenti PTA, secondo un'interpretazione del dettato normativo differente rispetto a quella adottata dalla RER.

Prosegue annualmente la compilazione delle dichiarazioni sul conflitto di interesse, sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni, sull'astensione, ivi compresa la dichiarazione riguardante dipendenti legati da vincolo di parentela, affinità, coniugio o convivenza, che prestino

servizio in rapporto di subordinazione gerarchica diretta, che attualmente avviene attraverso il Portale informatizzato fornito dal software regionale di Gestione Risorse Umane (GRU).

A tal proposito si segnala che è in corso l'acquisizione, da parte della Regione Emilia Romagna, di un nuovo applicativo per la gestione della raccolta delle dichiarazioni del Codice di comportamento, che consentirà un aggiornamento delle dichiarazioni in modo più flessibile e di gestire il flusso verso i Responsabili, mediante integrazione con l'organigramma di WHR (GRU), che entrerà a regime prevedibilmente entro l'anno 2025.

Per quanto riguarda i dirigenti, a tutt'oggi, è stata data informativa circa la riconferma, ai sensi del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", della temporanea sospensione dell'obbligo di deposito ed aggiornamento annuale della dichiarazione patrimoniale e reddituale da parte del personale dirigente del SSR, ad eccezione dei componenti della direzione di vertice e strategica aziendale. Resta tuttavia salva la possibilità, per il dirigente, ai sensi del DPR 62/2013 "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici", di effettuare comunque il deposito della situazione reddituale e patrimoniale, attraverso la funzione presente sul portale, alla medesima voce delle dichiarazioni sul conflitto di interessi di cui sopra.

Tutte le dichiarazioni sono acquisite a sistema e non sono oggetto di pubblicazione.

### **Conferimento incarichi extra-istituzionali.**

L'AUSL di Imola con deliberazione n. 183 del 28/10/2024 ha adottato il nuovo regolamento aziendale che definisce i criteri e disciplina le procedure per il rilascio delle autorizzazioni, ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali del personale dell'Azienda, che abbiano carattere di temporaneità, saltuarietà e occasionalità e che non presentino profili di incompatibilità o conflitto di interesse; nello stesso regolamento sono poi individuate le attività che sono assolutamente vietate al dipendente.

Inoltre, in applicazione dell'art.3 quater DL 127/2021, è stato adottato il "Regolamento per la disciplina dei criteri e della procedura per il rilascio delle autorizzazioni al personale dipendente della AUSL di Imola appartenente alle professioni sanitarie del comparto a svolgere attività lavorativa al di fuori dell'orario di servizio" (delibera 94/2024) e le relative istruzioni operative interne (procedura approvata nel giugno 2024).

### **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (cd. Whistleblowing)**

La disciplina del "Whistleblowing" è stata oggetto di revisione a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs 10 marzo 2023, n. 24 che recepisce la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

In questo contesto l' AUSL di Imola con deliberazione n. 38 del 23/02/2024 ha adottato il Regolamento aziendale che definisce la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente e le relative forme di tutela, individuando i soggetti coinvolti nonché il modello organizzativo interno.

Tra le principali novità della nuova disciplina figura l'introduzione di diversi canali interni all'amministrazione a disposizione del segnalante ai fini della presentazione delle segnalazioni. L'Ausl di Imola ha introdotto due ulteriori modalità di trasmissione costituite da contatto telefonico con il RPCT e incontro diretto in presenza da concordare con il RPCT. Tali modalità di presentazione vanno ad aggiungersi alla Piattaforma informatica opensource crittografata il cui

utilizzo viene confermato in quanto strumento in grado di assicurare l'assoluta riservatezza del segnalante e del contenuto delle segnalazione.

La piattaforma, attiva dal 2021, è raggiungibile al seguente link <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10596>

I canali sopra citati nonché i criteri di gestione delle segnalazioni sono stati oggetto di una preventiva analisi anche sotto il profilo tecnico/organizzativo in relazione alla predisposizione della Valutazione d'impatto (DPIA) prevista dall'art. 13 del D.Lgs 24/2023.

Nel corso del 2024 non sono pervenute segnalazioni.

### **Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (cd pantouflage)**

Il PNA 2022 ha approfondito dettagliatamente il divieto di pantouflage, sottolineando l'importanza di tale misura anticorruptiva volta a garantire l'imparzialità dell'attività del dipendente pubblico, in termini di incompatibilità successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il PNA propone quindi una serie di strumenti operativi e di verifiche da adottare e di cui dare menzione nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Le indicazioni dell'ANAC sono state recepite nel Codice di Comportamento recentemente approvato, dove è stato dedicato un intero capitolo alla misura.

Sulla base di tali previsioni, sono state aggiornate le clausole sul pantouflage inserite nei contratti di assunzione/collaborazione, nei contratti per incarichi dirigenziali e nei moduli di cessazione, in modo uniforme per le Aziende di ambito metropolitano, seguite dal SUMAGP

In particolare, per dare evidenza dell'ulteriore attenzione posta al tema del pantouflage, la dichiarazione è stata modificata trasformandola in un "impegno" da parte del dipendente a non assumere incarichi nelle ipotesi vietate dal comma 16-ter dell'art. 53 del D. Lgs n. 165/2001.

### **Rotazione ordinaria del personale**

La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b) ed è stata, successivamente, oggetto di disciplina nell'allegato 3 al PNA 2019 e, poi, con la raccomandazione del Presidente dell'ANAC del 21/10/2021 ad oggetto "Misura della rotazione del personale nelle Aziende Sanitarie".

Il PNA 2019 individua la rotazione del personale come misura fondamentale di prevenzione della corruzione e, pur nel rispetto del principio di autonomia e responsabilità delle aziende sanitarie, deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto, verificabile. La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

In merito alla rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, si prosegue nelle azioni intraprese e declinate nei precedenti Piani.

Al riguardo, costituiscono un punto di riferimento le linee di indirizzo impartite con la Relazione del Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico del 15/3/2022 (in atti al Prot.n. 9600/2022), che tengono conto dello specifico contesto aziendale.

Questo, infatti, è caratterizzato da un numero limitato di dirigenti, apicali e non, dato che può rendere meno agevole contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenza, in un quadro generale di crescente complessità dell'attività amministrativa.

Pertanto, nelle situazioni in cui non sia possibile o sia oggettivamente difficoltoso attuare la specifica misura della rotazione, sono state individuate misure sostitutive: ad esempio, la scomposizione dei processi e l'assegnazione delle attività così parcellizzate a diverse unità di personale in modo da realizzare un naturale e conseguente controllo incrociato.

In generale, ove sia difficoltoso, per la limitatezza del personale, operare una rotazione, si è puntato sulle misure del controllo, come ad esempio, la condivisione di alcune fasi di processo in ambito collegiale, la doppia firma dei referti, ma anche la sottoscrizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità nonché la regolamentazione delle procedure.

Si confermano tutti gli ambiti/attività dove sono state opportunamente rendicontate (documenti agli atti) anche per l'anno 2024, le previste misure di rotazione degli addetti, e precisamente:

- Attività di vigilanza e controllo: la rotazione ha riguardato tecnici, dirigenti medici e veterinari del Dipartimento di Salute Pubblica, sull'ambito territoriale o sulla tipologia di attività
- Medicina legale: rotazione dei componenti delle Commissioni, nelle diverse vesti di Presidente o membro (analisi in corso di definizione)
- Commissioni di concorso pubblico, procedure gestite per le 4 aziende sanitarie dell'ambito metropolitano bolognese.
- Contratti pubblici nelle attività di acquisizione in economia dei beni e servizi e di gestione cassa economale nonché nelle nomine a RUP, DEC e negli incarichi dei componenti delle commissioni di aggiudicazione e collaudo
- Affidamento di incarichi a legali esterni, in applicazione dei criteri di scelta indicati nell'apposito Avviso pubblico

## **Formazione**

La l. 190/2012 stabilisce che il Piano debba prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione, percorsi e programmi di formazione, anche specifici e settoriali, dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, co. 9, lett. b) e c)).

Questa azienda aderisce ai programmi di formazione definiti dalla Rete per l'Integrità e la Trasparenza della RER e dal Tavolo RPCT AVEC per il prossimo triennio.

Dando seguito agli impegni programmatici descritti nei precedenti documenti, di svolgere formazione a sostegno della diffusione della conoscenza delle novità introdotte dal Codice di comportamento ed in particolare ai temi dell'etica pubblica e dell'integrità, internamente, sono stati organizzati, su impulso del RPCT, i corsi "Etica, responsabilità e conflitto di interesse in ambito sanitario", con relatore il Prof. Vito Tenore, magistrato della Corte dei Conti, aperto anche ai professionisti di area AVEC a AUSL Romagna, Montecatone e IRST di Meldola, ed il corso "la gestione delle pagine web della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente", dedicato a chi svolge le funzioni di pubblicazione su AT. A tal fine sono state elaborate e diffuse, da parte del RPCT, apposite Linee Guida sulle modalità di pubblicazione (come approfondito anche nel prosieguo del documento).

L'azienda ha promosso poi la partecipazione al corso organizzato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria e Azienda USL di Ferrara, in modalità webinar, sul Codice di Comportamento aggiornato, che ha ricevuto molteplici adesioni da parte del personale dell'Azienda USL di Imola.

Inoltre, nel mese di gennaio 2025 questa Azienda ha aderito alla Giornata della Trasparenza, incentrata sul tema della trasparenza e del diritto di accesso, in collaborazione con le Aziende Sanitarie di area metropolitana bolognese e della Romagna.

Gli eventi sono stati dedicati sia alla generalità dei dipendenti sia a specifici gruppi di operatori su specifici aspetti e sono risultati di interesse e coerenti alle necessità formative.

Nel mese di dicembre 2024, inoltre, è stata adottata la procedura “Partecipazione ad iniziative di aggiornamento esterno organizzate, promosse o finanziate dalle Aziende Farmaceutiche/Privati”, che regola la partecipazione dei dipendenti ad eventi esterni sponsorizzati e sono state diffuse dalla Direzione Sanitarie le relative indicazioni sulla Formazione sponsorizzata (con nota Prot. n. 39217 del 2/12/2024).

Rimanendo in tema di formazione, ed in particolare di sponsorizzazione di eventi da parte di soggetti esterni privati, è in fase di aggiornamento il regolamento aziendale, con l’obiettivo di disciplinare l’intero percorso che coinvolge diversi attori interni ed esterni all’organizzazione.

### **Trasparenza**

Il PNA 2022 ha valorizzato ulteriormente il ruolo della trasparenza quale misura non solo posta a presidio dell’anticorruzione ma anche quale risorsa concorrente alla protezione ed alla creazione di valore pubblico.

In linea con le indicazioni già fornite da ANAC nella delibera n. 1310/2016, le amministrazioni che adottano il PIAO sono tenute a prevedere nella sezione anticorruzione una sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza, secondo le indicazioni formulate nell’allegato 2 del PNA 2022.

Per la trattazione, si rinvia dunque alla sottosezione “10.Trasparenza”

## 9.2 Trattamento del rischio: previsione delle misure specifiche

L'ANAC ha costantemente invitato le strutture sanitarie a porre in essere interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti per adottare misure mirate al trattamento ed alla prevenzione del rischio corruttivo .

L'AUSL di Imola, in ottemperanza a quanto sopra, in materia di azioni preventive proposte dal RPCT ha approvato una serie di provvedimenti, intervenendo con specifiche regolamentazioni e procedure sia sull'organizzazione sia sulla matrice delle responsabilità afferenti ai Direttori delle varie UU.OO. interessate e senza ulteriori oneri a carico dell'Azienda.

In particolare, nell'anno 2024-2025, sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- “Regolamento dell'Azienda USL di Imola per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela delle persone che segnalano illeciti ai sensi del d.lgs. 24/2023 - Whistleblowing”. Il regolamento recepisce le novità introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 - “ Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali” introducendo nuove modalità di segnalazione, un ampliamento dei soggetti tutelabili ed un rafforzamento del correlato sistema di garanzie e protezioni  
<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10596>;
- “Regolamento per la disciplina degli incarichi ex art.53 del D.Lgs. 165/2001”, in merito alla disciplina degli incarichi, non compresi nei compiti e doveri d'ufficio, conferiti da terzi a personale dipendente dell'Azienda USL di Imola, nella sua veste aggiornata;
- “Regolamento per la disciplina dei criteri e della procedura per il rilascio delle autorizzazioni al personale dipendente della AUSL di Imola appartenente alle professioni sanitarie del comparto a svolgere attività lavorativa al di fuori dell'orario di servizio in applicazione dell'art.3 quater DL 127/2021”, e relative istruzioni operative interne (procedura approvata nel giugno 2024);
- procedura “Partecipazione ad iniziative di aggiornamento esterno organizzate, promosse o finanziate dalle Aziende Farmaceutiche/Privati” e relative indicazioni operative della Direzione Sanitaria (nota Prot. n. 39217 del 2/12/2024);
- In corso di redazione, l'aggiornamento della procedura sulla gestione dei decessi in ambito ospedaliero.

Queste misure si aggiungono a quelle adottate negli anni precedenti, già segnalate nella precedente Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023-2025.

Per le restanti misure specifiche poste in atto si rinvia alla trattazione dei singoli processi, per aree di rischio, nell'allegato B.

## **10. Sottosezione Trasparenza**

Nell'anno 2025, l'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013, D. Lgs 97/2016, Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, così come riportati nell'Allegato C, ha trovato puntuale riscontro nelle verifiche effettuate.

La prima verifica, disposta dall'ANAC con Deliberazione n. 192 del 07.05.2025 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti all'annualità 2024 ", ha interessato diverse UU.OO. Aziendali e varie tipologie di atti. L'OIV della RER ha effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle UU.OO. interessate, verificati positivamente e trasmessi dall'OAS aziendale. La verifica dell'OIV ha avuto esito positivo e, con propria attestazione del 9 luglio 2025, in atti al prot. n. 23933 del 10/07/2025, ha rilevato 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'Azienda USL di Imola.

Nel corso del 2025 è stata completata la revisione della sottosezione "Bandi di gara e contratti" in applicazione al nuovo regime di pubblicazione previsto dalle Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023 e relativo Allegato 1 - Obblighi Amministrazione Trasparente.

L'aggiornamento della sopra citata sottosezione è stato operato tenendo conto delle indicazioni condivise nell'ambito del Tavolo interaziendale "Trasparenza ed anticorruzione" dell'AVEC/Ausl Romagna e in linea con quanto rappresentato dall'OIV SSR nella nota P.G. 23/10/2024 1198343U. La rappresentazione sul sito "Amministrazione Trasparente" dei dati oggetto di nuova pubblicazione è stata realizzata sulla base dell'analisi avviata nel corso del 2024 con i servizi aziendali competenti. In sede di analisi è stata approfondita la disponibilità del dato/documento e la fonte informativa da cui attingere ai fini della restituzione sul sito Internet. In relazione ad alcuni contenuti, la pubblicazione viene gestita mediante specifica funzionalità dell'applicativo informatico di gestione documentale "Babel".

Ulteriore intervento specifico riguarda l'avvio della pubblicazione all'interno della sezione "Personale" delle dichiarazioni circa l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ai sensi del D. Lgs n. 39/2013 rese della dirigenza PTA. Come già indicato al precedente par.9.1, l'attività è stata introdotta in riscontro alle indicazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna diffuse con nota Prot. 0080572.U del 27.01.2025 in atti al Prot. 0003163 del 29.01.2025. Sul piano operativo la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni in oggetto è stata gestita con le modalità tecniche individuate nella nota Prot. 0004380 del 06.02.2025.

Il Tavolo interaziendale "Trasparenza ed anticorruzione" dell'AVEC/Ausl Romagna ha ritenuto opportuno un intervento di razionalizzazione della sottosezione Altri contenuti - Dati ulteriori. La sottosezione è stata oggetto di una revisione finalizzata in particolare all'individuazione e rimozione dei contenuti obsoleti per i quali non sussistono specifici obblighi normativi di pubblicazione nonché all'armonizzazione dei contenuti tra tutte le Aziende coinvolte nel Tavolo.

Al fine di mantenere un presidio in ordine alla qualità delle informazioni pubblicate, nel 2024, è stato organizzato un corso di formazione interno intitolato “La gestione delle pagine web della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente” finalizzato ad approfondire i criteri generali da considerare nella gestione delle pubblicazioni sul sito e le relative modalità tecniche per l’applicazione dei suddetti criteri sulla piattaforma aziendale di gestione delle pagine web.

Inoltre, anche al fine di mantenere competenza rispetto a tale tematica nei casi di avvicendamento del personale addetto, sono state formulate apposite Linee Guida aziendali pubblicate nella pagina AT-Altri Contenuti-Prevenzione della Corruzione - Linee Guida Pubblicazioni su “Amministrazione Trasparente” al link: <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/11730>.

Le Linee guida si configurano quale strumento operativo a supporto di un corretto assolvimento degli obblighi, in particolare in relazione ai seguenti requisiti: corretta gestione dei riferimenti temporali di pubblicazione; rimozione dei contenuti per cui sono decorsi i termini di durata dell’obbligo di pubblicazione ai sensi dell’art. 8 del D.Lgs.33/2013; formato; rispetto della normativa in materia di tutela dei dati personali.

Si precisa che le indicazioni esposte nel suddetto documento sono conformi alle recenti istruzioni operative ANAC per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs 33/2013 diffuse con Delibera n. 495/2024.

La trasmissione interna delle Linee guida, avvenuta con nota prot. 36960 del 14.11.2024, è stata accompagnata dall’invito ai servizi interessati di procedere con le opportune attività di verifica delle pubblicazioni di competenza sulla base delle istruzioni fornite.

Un’attenzione particolare è stata riservata alla tutela dei dati personali per finalità di trasparenza amministrativa. L’argomento è stato peraltro oggetto di un puntuale approfondimento da parte del gruppo di lavoro recentemente istituito tra gli RPCT e i DPO di Area metropolitana Bolognese, delle aziende sanitarie della provincia di Ferrara e di Ausl Romagna. Su impulso del DPO è stata portata avanti una ricognizione su alcune sezioni del sito “Amministrazione trasparente” finalizzata a rilevare la presenza di pubblicazioni non idonee sotto il profilo della disciplina privacy.

Una delle principali criticità evidenziate nell’ambito della ricognizione interessa la pubblicazione dei curriculum vitae dove si era evidenziata la ricorrente presenza di dati personali eccedenti quali recapiti personali, data e luogo di nascita. Proprio allo scopo di superare tale problematica è stata successivamente avviata la progressiva modifica / rimozione dei curriculum non conformi ed è stato armonizzato il metodo di pubblicazione degli stessi tramite il portale GRU quale prioritario canale di pubblicazione per tutte le sottosezioni della sezione di primo livello “Personale”. Per completezza di esposizione, si segnala che il modello redazionale dei CV disponibile nel sistema GRU non prevede la registrazione di dati personali eccedenti rispetto alle finalità dal punto di vista privacy. Il ricorso a tale funzionalità riduce evidentemente l’eventualità di pubblicazioni non conformi, spesso derivanti da una gestione manuale a carico dell’operatore chiamato a verificare e nel caso modificare il documento preliminarmente alla sua diffusione sul sito Internet.

Nell'ambito del sopra richiamato gruppo di lavoro sono state elaborate apposite "Linee guida per il trattamento dei dati personali per finalità di trasparenza amministrativa" con l'intento di supportare le Aziende coinvolte e contestualmente di uniformare la gestione delle pubblicazioni in coerenza con le disposizioni vigenti in materia di tutela dei dati personali.

### **Obiettivi strategici dell'Azienda USL in tema di Trasparenza**

Prosegue l'impegno dell'Azienda nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, in un'ottica di semplificazione.

Si configura quale obiettivo primario e strategico il presidio in ordine al rispetto delle normativa sulla tutela dei dati personali anche mediante l'attuazione delle soluzioni tecniche e indicazioni metodologiche individuate nelle sopra citate "Linee guida per il trattamento dei dati personali per finalità di trasparenza amministrativa".

Tra gli interventi di prossima realizzazione si segnala il supporto ai servizi nell'effettiva applicazione delle istruzioni fornite durante il corso di formazione "La gestione delle pagine web della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente". In particolare la rimozione dei contenuti per cui sono decorsi i termini di pubblicazione continuerà ad essere oggetto di costante supervisione.

Tutti gli obblighi di pubblicazione ed i relativi Responsabili sono riportati nella Griglia Allegato C, con la precisazione che la verifica di monitoraggio per tutte le voci previste viene effettuata a cadenza annuale. Con nota prot. n. 0036098 del 07.11.2024, in atti del Servizio, il RPCT ha avviato il procedimento di ulteriore verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/10/2024, come previsto dal PTPCT aziendale e tenuto conto degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016.

La verifica effettuata dal RPCT sul sito aziendale è risultata congrua in ordine alla corretta e completa pubblicazione dei dati rispetto a quanto dichiarato dai Responsabili delle pubblicazioni (documenti in atti).

\*\*\*\*\*

Il presente documento viene approvato dalla Direzione Generale dell'AUSL di Imola, quale Sottosezione del PIAO 2025-2027, entro il 31/7/2025, su proposta del RPCT ed è pubblicato sul sito istituzionale della AUSL di Imola "Amministrazione Trasparente", sezione: Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione - Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, alla pagina:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6677>

## **ALLEGATO A - CONTESTO ESTERNO**

### **Contesto economico**

#### **L'economia mondiale**

Secondo il Fondo monetario internazionale (World Economic Outlook, ottobre 2024), nonostante permangano pressioni sui prezzi in alcuni paesi, a livello globale, l'inflazione è stata messa sotto controllo e l'economia reale ha evitato una recessione globale, nonostante il passato brusco irrigidimento delle politiche monetarie. Il successivo allentamento delle politiche monetarie in corso dallo scorso giugno ridarà fiato all'economia globale. La crescita faciliterà un aggiustamento delle politiche fiscali necessario per stabilizzare la dinamica del debito pubblico.

Per il FMI la crescita globale si manterrà stabile al 3,2 nel 2024 e nel 2025 e la dinamica del commercio mondiale, dopo la ripresa di quest'anno (+3,1 per cento), dovrebbe accelerare ulteriormente (+3,4 per cento) nel 2025.

Una serie di fattori di rischio potrebbe incidere negativamente su questo scenario, tra questi l'acuirsi dei conflitti regionali in corso, un'eccessiva gradualità nell'allentamento delle politiche monetarie, un rallentamento ulteriore dell'economia cinese, un avvitamento di politiche protezionistiche e l'avvio di una fase di instabilità dei mercati finanziari a seguito di un'eccessiva crescita del debito sovrano.

Negli Stati Uniti la rapida crescita del prodotto interno lordo dello scorso anno proseguirà anche nel 2024 (+2,8 per cento), trainata ampiamente dalla domanda interna. Ci si aspetta che la dinamica della crescita rallenti nel 2025 (+2,2 per cento), con il raffreddamento delle condizioni del mercato del lavoro e una politica fiscale meno espansiva. Sulle prospettive dell'andamento economico del prossimo anno incide decisamente l'incertezza relativa alle politiche della prossima amministrazione, che potrebbero condurre a una politica fiscale più espansiva, a una maggiore dinamica dei prezzi e a tassi di interesse più elevati.

In Cina le prospettive economiche mostrano segnali di debolezza in quanto un ridotto livello di fiducia, una crescita salariale lenta e la perdurante crisi del settore delle costruzioni comprimono le possibilità di crescita. Il governo cinese ha adottato recentemente un importante pacchetto di misure di stimolo economico di politica monetaria e fiscale, che hanno avuto un riscontro positivo sui mercati, ma di cui resta da vedere il risultato sull'economia reale. Dopo l'ulteriore rallentamento della crescita stimato per il 2024 (+4,8 per cento), si prospetta un'ulteriore decelerazione anche per il 2025 (+4,5 per cento) a fronte della necessità di ribilanciare i fattori di crescita a favore dei consumi interni.

In Giappone ci si attende che l'attività economica risulti stagnante nel 2024 (+0,3 per cento), dopo l'exploit dello scorso anno, contenuta dalla domanda interna. Le previsioni sono però orientate verso una ripresa della crescita nel 2025 (+1,1 per cento), grazie al supporto all'aumento dei consumi dato da una sostenuta crescita dei salari. Ciò nonostante, l'inflazione dovrebbe rientrare al di sotto del 2 per cento. L'elevato deficit pubblico aumenterà ulteriormente quest'anno, anche per un netto aumento delle spese militari, e riprenderà a ridursi dal 2025.

#### **L'Unione europea**

Secondo le previsioni economiche di autunno della Commissione europea, la crescita del prodotto interno lordo dell'Unione europea dovrebbe riprendere nel 2024 (+0,9 per cento) e aumentare ancora nel 2025 (+1,5 per cento), grazie a un'accelerazione dei consumi e a una ripresa degli investimenti, dopo la contrazione che questi subiranno nel 2024.

Nonostante alcune oscillazioni il processo di rientro dell'inflazione ha progredito decisamente nel corso del 2024 (+2,6 per cento), quando si ridurrà a meno della metà rispetto al 6,4 dell'anno precedente, e proseguirà gradualmente nel 2025 (+2,4 per cento).

In ottobre la Banca centrale europea ha ridotto il tasso di intervento per la terza volta dopo l'avvio nello scorso maggio della fase di allentamento e le banche centrali dei paesi dell'Unione non facenti parte dell'area dell'euro stanno allentando la politica monetaria.

L'occupazione continua ad aumentare, anche se con una dinamica in rallentamento, e il tasso di disoccupazione si ridurrà ulteriormente nell'Unione fino al 5,9 per cento nel 2025 e più rapidamente nei paesi dell'area dell'euro, dove resterà però più elevato (6,3 per cento).

L'aumento del reddito disponibile reale renderà possibile alle famiglie di ridurre il tasso di risparmio e sosterrà una lieve accelerazione della crescita dei consumi fino all'1,2 per cento nel 2024 e all'1,4 per cento nel 2025. I buoni bilanci delle imprese, la ripresa dei profitti, il miglioramento delle condizioni creditizie e l'impulso del Recovery and Resilience Facility permetteranno il recupero degli investimenti nel 2025 (+2,1 per cento), dopo la contrazione che subiranno nel 2024 (-1,6 per cento).

Una moderata crescita globale e un'accelerazione del commercio mondiale sosterranno la domanda estera che porterà ad un aumento delle esportazioni dell'1,4 per cento quest'anno e del 2,2 per cento nel 2025, quando con la ripresa dell'attività anche la dinamica delle importazioni salirà al 2,6 per cento.

Ci si attende una diminuzione del disavanzo pubblico generale al 3,1 per cento del prodotto interno lordo quest'anno, ma nel 2025 l'ulteriore diminuzione risulterà marginale, facendo scendere il rapporto solo al 3,0 per cento. Nelle proiezioni il rapporto tra debito lordo delle pubbliche amministrazioni e pil tenderà ad aumentare leggermente passando dall'82,1 per cento del 2023 all'83,0 per cento nel 2025 per effetto del permanere di deficit elevati che non sono controbilanciati da una rapida crescita dell'attività e aggravati dall'impatto sulla spesa per interessi di tassi ancora elevati.

Il prodotto interno lordo in Germania dovrebbe ridursi anche nel 2024 (-0,1 per cento), dopo la flessione dello scorso anno, ma dovrebbe riprendere a crescere nel 2025 (+0,7 per cento), pur senza uscire dalle difficoltà del suo modello di sviluppo. Al contrario l'attività dovrebbe avere accelerato leggermente in Francia nel 2024 (+1,1 per cento), sostenuta dalla spesa pubblica (con un deficit pari al 6,2 per cento del Pil) e dal commercio estero, ma le esigenze dell'aggiustamento fiscale ne rallenteranno la dinamica nel 2025 (+0,8 per cento). Il prodotto interno lordo spagnolo dovrebbe crescere decisamente nel 2024 (+3,0 per cento), sostenuto dai consumi e dagli investimenti, ma la sua dinamica dovrebbe rallentare nel 2025 (+2,3 per cento), frenata dal riequilibrio del bilancio pubblico.

### **L'Italia**

Il rallentamento dell'attività economica nella seconda metà dell'anno, secondo Prometeia, limiterà la crescita del prodotto interno lordo nel 2024 allo 0,5 per cento, frenata dalla stasi dei consumi, dalla flessione degli investimenti industriali a seguito dell'incertezza e della caduta della produzione, dal contenimento degli incentivi pubblici al settore delle costruzioni e dalle esigenze di riequilibrio del bilancio pubblico. Una lieve ripresa dei consumi e una ripartenza più sostenuta degli investimenti industriali e delle esportazioni, oltre all'apporto degli investimenti pubblici in infrastrutture, controbilanceranno il peso della caduta degli investimenti in abitazioni dovuto alla riduzione dei "superbonus" e permetteranno una lieve accelerazione della crescita del Pil nel 2025 (+0,7 per cento).

I consumi delle famiglie dovrebbero restare invariati nel 2024, mentre le famiglie stanno ricostituendo il livello dei risparmi eroso dall'inflazione, poi la ripresa del reddito disponibile reale ne permetterà un lieve aumento nel 2025.

Nel 2024 gli investimenti dovrebbero aumentare ancora, ma solo lievemente (+0,7 per cento), compensando la flessione degli investimenti industriali dovuta al ciclo negativo con la coda della tendenza positiva di quelli in costruzioni. Al contrario, nel 2025 si avrà una flessione degli investimenti in costruzioni, guidata da quelli abitativi, che si contrapporrà a una ripresa degli investimenti industriali, sostenuta dalla ripresa dell'attività e da sostegni

fiscali. Nel complesso gli investimenti rimarranno stazionari, gravati anche dalla crescente incertezza sulle politiche commerciali a livello globale.

Nonostante la ripresa del commercio mondiale, la debolezza del ciclo economico in Europa, in particolare in Germania, condurrà a una stagnazione delle esportazioni di beni e servizi nel 2024, anche con l'apporto derivante dal buon andamento del turismo. La crescita del commercio mondiale e il miglioramento del ciclo economico in Europa dovrebbero favorire una ripresa delle esportazioni nel 2025 (+1,7 per cento). Una previsione che resta assai esposta al rischio dell'applicazione di dazi doganali da parte della nuova amministrazione statunitense.

A fronte dell'inflazione passata, in Italia il recupero salariale è stato modesto e non ci si attende che acceleri. In precedenza, i margini di profitto hanno tratto vantaggio dall'inflazione, ma ora risultano in diminuzione con la discesa dell'inflazione, che in particolare per i prezzi alla produzione è divenuta deflazione. Quindi nel 2024 la dinamica dei prezzi al consumo dovrebbe ridursi decisamente (+1,1 per cento), tanto da prospettare un lieve rimbalzo nel 2025 (+1,7 per cento). Ma dopo quattro anni il livello dei prezzi al consumo dovrebbe risultare superiore del 20 per cento rispetto a quello del gennaio 2021.

Il mercato del lavoro rimane solido. Nel 2024 il tasso di disoccupazione scenderà al 6,9 per cento e l'occupazione continuerà ad aumentare (+1,3 per cento), grazie alla riduzione dei disoccupati e degli inattivi. Tenuto conto della diminuzione della popolazione in età da lavoro, non è detto che queste tendenze possano proseguire, tanto che per il 2025 ci si attende una stagnazione dell'occupazione (+0,1 per cento) e un lieve rimbalzo del tasso di disoccupazione (7,0 per cento).

Dopo il pesante disavanzo 2023, pari al 7,2 per cento del Pil, il rapporto dovrebbe ridursi al 4,0 per cento nel 2024, grazie all'uscita dalle misure di emergenza, ma poi non dovrebbe scendere di molto nel 2025 (3,7 per cento), tenuto conto della maggiore e crescente spesa per interessi passivi che imporrà un notevole miglioramento del saldo primario, considerato che si intende puntare a un ritorno al di sotto del 3 per cento nel 2026. Dopo una fase di riduzione del debito pubblico tra il 2020 e il 2023, si prevede torni nuovamente a crescere, anche per la contabilizzazione ai fini del calcolo del debito dei crediti fiscali edilizi secondo il criterio di cassa, passando dal 134,8 dello scorso anno al 137,5 nel 2024, per poi salire ulteriormente al 139,6 nel 2025.

### **L'economia regionale**

Nelle stime più recenti la crescita del prodotto interno lordo dovrebbe mantenersi stabile nel 2024 (+0,9 per cento), sostenuta dall'aumento dell'occupazione e dagli investimenti. La crescita economica dovrebbe proseguire allo stesso ritmo anche nel 2025, quando il Pil dovrebbe continuare a salire trainato dai consumi e dalla domanda estera, nonostante il calo degli investimenti. Nel lungo periodo, il Pil regionale in termini reali nel 2024 dovrebbe risultare superiore di solo il 5,7 per cento rispetto al massimo toccato prima della crisi finanziaria nel 2007 e superiore del 16,6 per cento rispetto a quello del 2000. Nel lungo periodo l'andamento dell'economia regionale appare migliore rispetto a quello nazionale, ma non sostanzialmente. Il Pil italiano in termini reali nel 2024 risulterà superiore di solo lo 0,4 per cento rispetto a quello del 2007 e dell'8,5 per cento rispetto al livello del 2000.

Nel 2024, la crescita italiana sarà "trainata" dalle regioni del nord est (+0,9 per cento) e nella classifica della crescita delle regioni italiane l'Emilia-Romagna dovrebbe risultare prima a pari merito con l'Umbria e la Sicilia, davanti a Lombardia e Veneto (+0,8 per cento per entrambe). Nel 2025 la classifica per livello di crescita economica delle regioni italiane sarà guidata dalla Lombardia (+1,0 per cento), subito seguita da Emilia-Romagna, Veneto e Sicilia (+0,9 per cento).

Nel 2024 la crescita dei consumi delle famiglie (+0,6 per cento) scenderà al disotto della dinamica del Pil, per la contenuta dinamica dei redditi reali, l'aumento della disuguaglianza e anche per il tentativo delle famiglie di ricostituire il livello dei risparmi eroso dall'inflazione. Nelle stime si prospetta un riallineamento della dinamica delle due variabili nel 2025 (+0,9 per cento).

Gli effetti sul tenore di vita della riduzione del reddito disponibile determinato dall'inflazione passata e dell'aumento delle disuguaglianze sono evidenti. Nel 2024 i consumi privati aggregati risulteranno solo lievemente superiori (+1,2 per cento) rispetto a quelli del 2019, ovvero a quelli antecedenti la pandemia, e superiori di solo 9,4 punti percentuali rispetto al livello del 2000. Inoltre, rispetto a quell'anno la crescita dei consumi in regione risulterà inferiore di oltre sette punti percentuali rispetto a quella del Pil. È importante ricordare che rispetto ad allora, il dato complessivo cela anche un notevole aumento della disuguaglianza tra specifiche categorie professionali e settori sociali, per alcune delle quali non vi è stata crescita dei consumi.

Nonostante un lieve allentamento della politica monetaria, in un quadro di notevole incertezza sia economica che geopolitica, con il contenimento dei massicci sostegni pubblici, in particolare, a favore delle costruzioni, la dinamica degli investimenti fissi lordi nel 2024 risulterà più contenuta (+2,9 per cento), ma ancora trainerà la crescita. Nonostante l'attesa discesa dei tassi di interesse, la riduzione dei sostegni pubblici, in particolare, dei "bonus" a favore delle costruzioni, condurrà a un vero e proprio arretramento del processo di accumulazione nel 2025 (-1,6 per cento).

Anche l'evoluzione del processo di accumulazione appare debole su un periodo di tempo più lungo. Nonostante la crescita recente, nel 2024 gli investimenti in termini reali risulteranno superiori di solo l'1,3 per cento rispetto a quelli del 2008, ovvero a quelli precedenti al declino del settore delle costruzioni, e supereranno solo del 21,4 per cento quelli del 2000. Però, nel lungo periodo, dal 2000, la crescita degli investimenti è risultata superiore a quella del Pil di quasi 5 punti percentuali e di 12 punti percentuali più elevata di quella dei consumi.

Nonostante la ripresa del commercio mondiale nel 2024 le esportazioni regionali dovrebbero registrare un arretramento (-0,9 per cento), connesso alla stasi dell'economica della Germania, ma nel 2025, grazie a una più solida ripresa del commercio mondiale, la crescita delle vendite all'estero riprenderà a un ritmo consistente (+2,5 per cento). Al termine del 2024 il valore reale delle esportazioni regionali dovrebbe risultare superiore addirittura del 90,4 per cento rispetto al livello del 2000 e del 37,8 per cento rispetto a quello del 2007. Si tratta di un chiaro indicatore dell'importanza assunta dai mercati esteri per l'economia regionale, ma anche della maggiore dipendenza dell'economia regionale dai mercati esteri per sostenere l'attività e i redditi regionali a fronte di una minore capacità di produrre valore aggiunto dall'attività svolta per l'esportazione.

Nonostante il depotenziamento dei bonus e l'elevato costo dei finanziamenti, nel 2024 saranno di nuovo le costruzioni a trainare l'aumento del valore aggiunto reale regionale, che sarà sostenuto anche dai servizi e dall'agricoltura, mentre si accentua la fase di arretramento per l'industria. Nel 2025, invece, si avrà una moderata ripresa dell'attività industriale e accelererà la crescita dei servizi, mentre sarà il settore delle costruzioni a entrare in una fase di decisa recessione.

In dettaglio, con la lenta ripresa della domanda estera e quindi delle esportazioni e la debolezza della domanda interna nazionale nel 2024 il valore aggiunto reale prodotto dall'industria in senso stretto regionale subirà un nuovo arretramento che sarà più ampio di quello dello scorso anno (-1,0 per cento). Nel 2025, nonostante lo stop alla crescita della domanda interna nazionale, sarà la ripresa del commercio mondiale a sostenere l'attività industriale e una contenuta crescita del suo valore aggiunto (+0,9 per cento).

Sul lungo periodo, al termine dell'anno corrente, il valore aggiunto reale dell'industria risulterà superiore di solo l'8,8 per cento rispetto a quello del 2007, ovvero al livello massimo precedente la crisi finanziaria del 2009, a testimonianza del relativo indebolimento della capacità del settore di produrre reddito dalla sua attività.

Nonostante la decisa revisione dei "bonus" a favore del settore e l'elevato costo dei finanziamenti, anche dopo l'avvio dell'allentamento della politica monetaria, la crescita del valore aggiunto delle costruzioni dovrebbe ancora accentuare decisamente la tendenza positiva nel corso del 2024 (+7,6 per cento). I fattori precedentemente elencati dovrebbero però condurre a un'inversione della tendenza per il valore aggiunto del settore che diverrà nettamente negativa nel 2025 portando le costruzioni in forte recessione (-7,4 per cento).

Il settore delle costruzioni ha avuto nel lungo periodo un eccezionale andamento ciclico, non riesce a trovare un equilibrio proprio e vive in un alternarsi di bolle espansive, spesso determinate da decisioni politiche, e di successive crisi, alle quali la politica non è estranea.

A testimonianza di questo carattere, al termine dell'anno corrente il valore aggiunto delle costruzioni risulterà inferiore del 17,0 per cento rispetto ai livelli, chiaramente eccessivi, del precedente massimo toccato nel 2007 e superiore del 13,9 per cento rispetto al livello del 2000.

Il modello non ci permette di osservare in dettaglio i settori dei servizi che mostrano andamenti fortemente differenziati.

Nel 2024 il ritmo di crescita del valore aggiunto del complesso dei servizi dovrebbe ridursi lievemente (+1,2 per cento), per la debolezza dell'attività nell'industria, e il rallentamento della crescita dei consumi. Nel 2025 la ripresa dell'attività nell'industria e la contenuta crescita dei consumi, nonostante la debolezza delle costruzioni, permetteranno al valore aggiunto dei servizi di riprendere a crescere al ritmo dello scorso anno (+1,6 per cento), ciò che farà dei servizi la componente più dinamica dell'economia regionale.

Ma nel lungo periodo anche l'andamento del settore dei servizi mostra una crescita insoddisfacente. Il valore aggiunto del settore al termine di quest'anno supererà il livello del 2008, ovvero quello antecedente la crisi finanziaria dei sub-prime, di solo l'8,6 per cento e risulterà superiore del 18,8 per cento rispetto al livello del 2000.

Nel 2024 la crescita dell'occupazione supererà decisamente la stabilità delle forze lavoro e ciò permetterà una nuova diminuzione del tasso di disoccupazione. Lo stesso non dovrebbe accadere nel 2025 quando un nuovo aumento delle forze lavoro risulterà lievemente superiore a una più contenuta crescita dell'occupazione. Si avrà, quindi, un lieve rimbalzo del tasso di disoccupazione.

Le più recenti previsioni indicano una fase di stasi nell'andamento delle forze di lavoro nel 2024 tanto che al termine di quest'anno le forze di lavoro risulteranno ancora marginalmente inferiori a quelle del 2019 (-0,7 per cento). Nel 2025 la crescita delle forze di lavoro riprenderà (+0,7 per cento). Il tasso di attività calcolato come quota della forza lavoro sulla popolazione presente in età di lavoro nel 2024 dovrebbe quindi ridursi lievemente al 74,2 per cento, poi la sua crescita riprenderà nel 2025 giungendo al 74,7 per cento.

L'occupazione nel 2024 avrà un andamento positivo (+1,1 per cento), in linea con quello scorso anno. Ma il suo ritmo di crescita dovrebbe ridursi sostanzialmente nel 2025 (+0,4 per cento). Alla fine del 2024 l'occupazione risulterà leggermente superiore a quella riferita al 2019 (+0,9 per cento) e farà registrare un incremento del 12,4 per cento rispetto al livello del 2000. Il tasso di occupazione (calcolato come quota degli occupati sulla popolazione presente in età di lavoro) salirà nel 2024 tanto da giungere al 71,3 per cento, per poi aumentare nuovamente, ma solo lievemente, nel 2025 al 71,5 per cento, dato che costituisce il livello più elevato di sempre.

Il tasso di disoccupazione che era pari al 2,8 per cento nel 2002 ed è salito fino all'8,5 per cento nel 2013 è poi gradualmente ridisceso al 5,5 per cento nel 2019. Con la pandemia, le misure introdotte a sostegno all'occupazione e l'ampia fuoriuscita dal mercato del lavoro ne hanno contenuto l'aumento al 5,9 per cento nel 2020. Da allora è iniziata una fase di rientro. Una crescita dell'occupazione superiore a quella delle forze di lavoro dovrebbe condurre a un'ulteriore decisa diminuzione del tasso di disoccupazione nel 2024 (3,9 per cento). Ma la tendenza dovrebbe subire un temporaneo arresto nel 2025, a causa di un deciso rallentamento della crescita dell'occupazione che avrà un ritmo inferiore a quello della forza lavoro e determinerà un lieve rimbalzo del tasso di disoccupazione fino al 4,2 per cento.

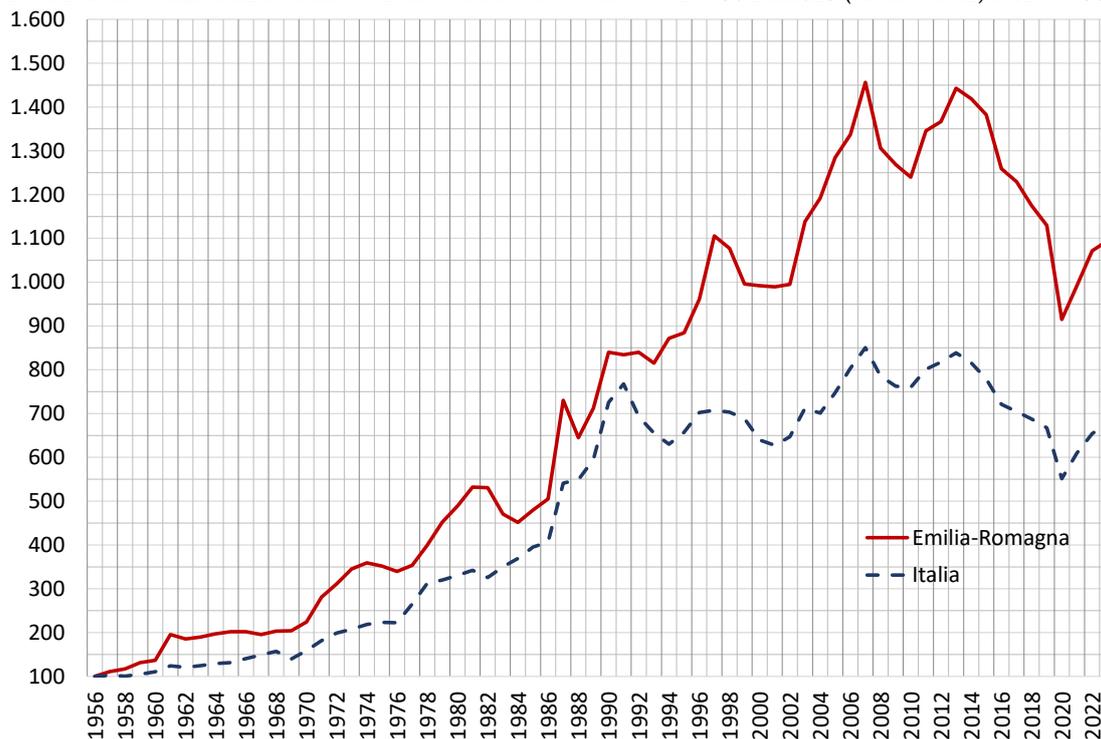
## I DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: UN QUADRO STATISTICO<sup>1</sup>

### 1. Premessa

Dalla seconda metà degli anni Cinquanta del secolo scorso l'Italia e le sue regioni hanno conosciuto una forte crescita dei reati, in modo particolare dei furti e delle rapine. I tratti di tale fenomeno in Emilia-Romagna hanno assunto una particolare rilevanza già dall'inizio in cui ha iniziato a manifestarsi, ma solo dagli anni Novanta in poi si sono accentuati in misura considerevole rispetto al resto dell'Italia e di molte regioni simili anche dal punto di vista socioeconomico (v. grafico 1).

#### GRAFICO 1:

REATI DENUNCIATI ALLE FORZE DI POLIZIA IN EMILIA-ROMAGNA E IN ITALIA TRA IL 1956 E IL 2023 (NUMERI INDICE, BASE = 1956)



Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

Il numero dei reati denunciati alle forze di polizia in questi quasi settant'anni offre una prima, benché approssimativa indicazione in proposito<sup>2</sup>: le 18.000 denunce

<sup>1</sup> A cura di Eugenio Arcidiacono – Gabinetto della Presidenza della Giunta, Area Politiche per la Sicurezza urbana e integrata, Cultura della Legalità e Polizia locale.

<sup>2</sup> Trattandosi delle denunce, il dato infatti non può che essere parziale, in quanto, come è noto, non tutti i reati o gli illeciti commessi sono denunciati dai cittadini o scoperti dalle forze di polizia. A seconda del tipo di reato, esiste

registrate in regione alla metà degli anni Cinquanta sono raddoppiate in soli cinque anni, mentre nel resto dell'Italia ciò avverrà agli inizi degli anni Settanta, quando l'Emilia-Romagna aveva già raggiunto il triplo dei reati rispetto a quelli denunciati nel 1956; alla metà degli anni Settanta il numero dei reati della nostra regione era pari a 66.000 e all'inizio degli Ottanta a 100.000, a 133.000 nel 1987, a 153.000 nel 1990, a 200.000 nel 1997 e a 266.000 nel 2007. Dopo una lunga e ininterrotta fase ascendente, con il 2013 ne è iniziata una di segno opposto, con picchi e cadute, ma, in generale, caratterizzata da una tendenza deflattiva delle denunce fino a raggiungere quota 167.000 nell'anno della pandemia. Nell'ultimo triennio vi è stata una ripresa della curva, ciò nonostante, la soglia attuale dei reati denunciati nella nostra regione è ancora ai livelli di inizio millennio (poco meno di 200 mila nel 2023).

La massa dei delitti considerati nel loro insieme offre naturalmente un'indicazione di massima dello stato della criminalità di un territorio o di un periodo storico, le cui specificità possono essere colte soltanto osservando i singoli reati, le loro caratteristiche e gli andamenti nel tempo.

Ai fini della redazione del presente documento, si è scelto di focalizzare l'attenzione sui delitti contro la Pubblica amministrazione e di tralasciare altre forme di criminalità non attinenti - quantomeno non direttamente - ai temi del documento medesimo, come, ad esempio, la criminalità violenta o predatoria. Considerato lo stretto legame che diversi osservatori hanno riscontrato tra il reato di corruzione - tra i più esecrabili tra tutti quelli commessi ai danni della Pubblica amministrazione - e il riciclaggio, un focus sarà dedicato appunto anche al riciclaggio di capitali illeciti. A partire dai risultati emersi da una recente indagine campionaria realizzata dall'Istituto nazionale di statistica dedicata al tema della vittimizzazione, una sezione del documento, infine, si focalizzerà sugli atteggiamenti e la percezione dei cittadini e delle famiglie riguardo al fenomeno della corruzione seguendone anche laddove possibile i cambiamenti nel tempo.

Come è noto, appartengono alla categoria dei delitti contro la Pubblica amministrazione una serie di comportamenti particolarmente gravi lesivi dei principi di imparzialità, trasparenza e buon andamento dell'azione amministrativa. Tali reati sono disciplinati nel Titolo II del Libro II del Codice penale (artt. 314 - 360 c.p.) e si suddividono in due categorie sulla base del soggetto attivo che li commette: da un lato, infatti, vi sono i delitti commessi dai pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio o esercenti di servizio di pubblica utilità nell'ambito delle loro funzioni per un abuso o uso non conforme alla legge del potere riconosciuto dalla legge medesima; dall'altro lato, invece, vi sono i delitti dei privati (cosiddetti reati ordinari), i cui comportamenti tendono ad ostacolare il regolare funzionamento della Pubblica amministrazione o ne offende il prestigio (per esempio attraverso la violenza o la resistenza all'autorità pubblica, l'oltraggio al pubblico ufficiale, ecc.).

Di questi delitti ne sono stati selezionati alcuni anche in ragione della disponibilità dei dati pubblicati dall'Istituto nazionale di statistica. Si tratta, in particolare, dei delitti commessi da pubblici ufficiali di cui le forze di polizia sono venute a conoscenza. Tali dati, come è possibile immaginare, restituiscono un'immagine parziale del fenomeno della delittuosità ai danni della Pubblica amministrazione, e ciò dipende non solo dal fatto che, come appena detto, si riferiscono a una selezione dei possibili delitti contro l'amministrazione pubblica, ma perché una quota di essi, così come accade per qualsiasi tipo di reato - e nel caso specifico probabilmente più di altre forme di delittuosità - sfugge al controllo delle istituzioni penali perché non viene denunciata o scoperta dagli organi investigativi. All'origine di molti di questi reati - si pensi ad esempio

---

pertanto una quota sommersa di reati più o meno rilevante che non viene computata nelle statistiche ufficiali, ma la si può conoscere e stimare mediante apposite indagini di popolazione che prendono il nome di indagini di vittimizzazione.

alla corruzione - risiede infatti un'intesa tra una cerchia ristretta di beneficiari, i quali hanno tutto l'interesse a non farsi scoprire dall'autorità pubblica per evitare le ricadute avverse che potrebbero derivare dalla loro condotta illegale sia in termini di riprovazione sociale che di condanna penale. È inutile dire, inoltre, che la misura di tali fenomeni è data anche dalla dotazione di risorse - sia materiali che normative - di cui dispongono gli organi giudiziari e di polizia, dalla capacità investigativa e dalle motivazioni degli inquirenti, oltre che dall'attenzione pubblica riposta su di essi in un determinato momento storico. Per tutte queste ragioni, i dati che si esamineranno qui non rispecchiano tanto l'effettiva diffusione dei delitti commessi contro la Pubblica amministrazione, bensì ne mostrano la misura rispetto a quanto è perseguito e scoperto sotto il profilo penale-investigativo limitatamente ai pubblici ufficiali.

I reati oggetto di analisi sono i seguenti: peculato (Art. 314 c.p.); peculato mediante profitto dell'errore altrui (Art. 316 c.p.); malversazione di erogazioni pubbliche (Art. 316-bis c.p.); indebita percezione di erogazioni pubbliche (Art. 316-ter c.p.); concussione (Art. 317 c.p.); corruzione per l'esercizio della funzione (Art. 318 c.p.); corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (Art. 319 c.p.); corruzione in atti giudiziari (Art. 319-ter c.p.); induzione indebita a dare o promettere utilità (Art. 319-quater c.p.); corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (Art. 320 c.p.); pene per il corruttore (Art. 321 c.p.); istigazione alla corruzione (Art. 322 c.p.); peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri delle Corti internazionali o degli organi delle Comunità europee o di assemblee parlamentari internazionali o di organizzazioni internazionali e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (Art. 322-bis c.p.); abuso d'ufficio (Art. 323 c.p.)<sup>3</sup>; utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragione di ufficio (Art. 325 c.p.); rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio (Art. 326 c.p.); rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (Art. 328 c.p.); rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica (Art. 329 c.p.); interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (Art. 331); sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa. (Art. 334 c.p.); violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa (Art. 335 c.p.).

Di questi reati si esamineranno gli sviluppi e l'incidenza che hanno avuto in Emilia-Romagna e nelle sue province in un arco temporale relativamente lungo, vale a dire dal 2008 al 2022 (che è l'ultimo anno per il quale i dati sono stati resi pubblici dal Ministero dell'Interno e dall'Istat).

## **2. I numeri dei delitti contro la Pubblica amministrazione**

Benché una quota particolarmente difficile da stimare sfugga al controllo del sistema penale, i reati commessi ai danni della pubblica amministrazione e denunciati costituiscono comunque una minima parte della massa complessiva dei delitti denunciati ogni anno<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Come è noto, l'abuso d'ufficio è un delitto abrogato di recente dall'art. 1, comma 1, lettera b) della L. 9 agosto 2024, n. 114 (c.d. Legge Nordio). Tuttavia, pur non avendo più alcuna rilevanza nel nostro ordinamento, è forse il caso di ricordare che fino alla sua abrogazione ha costituito uno dei reati più frequenti - e neppure tra i meno gravi - tra quelli commessi ai danni della Pubblica amministrazione, di cui ne disponiamo una lunga serie storica e che riteniamo possa essere utile per avere un quadro complessivo della fenomenologia oggetto di questo documento.

<sup>4</sup> In media i reati contro la pubblica amministrazione costituiscono meno dello 0,2% delle denunce, mentre ad esempio i furti e le rapine sono quasi il 60%, i danneggiamenti superano il 10% e i reati violenti il 5%. Trattandosi di eventi con bassa numerosità, quando è necessario la grandezza di questi fenomeni sarà espressa con i valori assoluti, evitando pertanto di utilizzare le percentuali per non incorrere in interpretazioni fallaci.

Come infatti si può osservare nella tabella sottostante, negli ultimi quindici anni in Emilia-Romagna ne sono stati denunciati quasi seimila - in media circa quattrocento ogni anno -, corrispondenti a poco più del 4% di quelli denunciati nell'intera Penisola e a quasi la metà di quelli denunciati in tutto il Nord-Est.

Osservandone la composizione nei dettagli, si deduce che più quasi il 60% si riferiscono a violazioni agli articoli 334 e 335 del Codice penale, due delitti, questi, che si concretizzano con la sottrazione o il danneggiamento di cose sottoposte a sequestro da parte di chi ne ha la custodia allo scopo di favorire intenzionalmente il proprietario o che, per negligenza, ne provoca la distruzione o ne agevola la sottrazione. Ancora, l'11,8% dei reati in esame riguardano quello che è stato fino a poco tempo fa l'abuso d'ufficio, il 7,2% l'interruzione di un servizio pubblico o pubblica necessità, il 7% il rifiuto di atti di ufficio, il 4,3% l'indebita percezione di erogazioni pubbliche, il 4,1% il peculato, il 2,4% l'istigazione alla corruzione, l'1,1% la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio, circa l'1% la concussione, mentre tutti gli altri reati costituiscono complessivamente il 2,7% (157 casi in numero assoluto, di cui 49 riguardano la rivelazione e utilizzazione di segreti di ufficio e 43 il reato previsto all'art. 321 del c.p., ovvero le pene per il corruttore).

La tabella 2 riporta i tassi e la tendenza storica di questi reati dell'Emilia-Romagna, dell'Italia e del Nord-Est. I tassi esprimono il peso o l'incidenza dei reati in questione sulla popolazione di riferimento, mentre la tendenza ne mostra gli sviluppi nel tempo in termini di crescita, diminuzione o stabilità<sup>5</sup>.

**TABELLA 1:**

DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE COMMESSI DAI PUBBLICI UFFICIALI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA IN ITALIA, NEL NORD-EST E IN EMILIA-ROMAGNA. PERIODO 2008-2022 (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

	ITALIA		NORD-EST		EMILIA-ROMAGNA	
	Fre- quenza	%	Fre- quenza	%	Fre- quenza	%
Sottrazione, ecc. cose sottoposte a sequestro	41.053	31,1	3.613	29,6	2.047	35,1
Violazione colposa cose sottoposte a sequestro	32.308	24,5	2.351	19,3	1.364	23,4
Abuso d'ufficio	17.335	13,1	1.707	14,0	689	11,8
Interruzione d'un servizio pubblico o di pubblica necessità	9.445	7,2	891	7,3	422	7,2
Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione	12.062	9,1	1.011	8,3	406	7,0
Indebita percezione di erogazioni pubbliche	5.190	3,9	961	7,9	249	4,3
Peculato	5.355	4,1	640	5,2	236	4,1
Istigazione alla corruzione	2.468	1,9	326	2,7	139	2,4
Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	1.468	1,1	152	1,2	63	1,1
Concussione	1.410	1,1	134	1,1	52	0,9
Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio	783	0,6	118	1,0	49	0,8
Pene per il corruttore	1.053	0,8	105	0,9	43	0,7
Malversazione di erogazioni pubbliche	610	0,5	80	0,7	20	0,3
Induzione indebita a dare o promettere utilità	366	0,3	32	0,3	16	0,3
Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio	235	0,2	19	0,2	9	0,2
Corruzione in atti giudiziari	147	0,1	10	0,1	8	0,1
Corruzione per l'esercizio della funzione	376	0,3	23	0,2	7	0,1
Peculato mediante profitto dell'errore altrui	316	0,2	8	0,1	2	0,0
Rifiuto di atti d'ufficio (Militare)	29	0,0	5	0,0	2	0,0
Utilizzazione invenzioni, ecc.	6	0,0	2	0,0	1	0,0
Corruzione, ecc. membri Comunità europee	22	0,0	3	0,0	0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>132.037</b>	<b>100,</b>	<b>12.191</b>	<b>100,</b>	<b>5.824</b>	<b>100,</b>
		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

<sup>5</sup> Si tratta di tassi e di una tendenza media poiché sono stati calcolati sull'intero periodo considerato. Va da sé, pertanto, che tali valori possono risultare diversi da un anno all'altro della serie storica. Della tendenza, contrariamente ai tassi, si è preferito riportarne la simbologia in termini di diminuzione (-), crescita (+), stazionarietà (=) perché i valori numerici, a causa della bassa numerosità dei reati, avrebbero indotto a conclusioni fuorvianti.

Riguardo ai tassi, quelli dell'Emilia-Romagna risultano nettamente sotto la media italiana, ma superano, seppure in misura contenuta, quelli del Nord-Est. Volendo dare una misura complessiva dell'incidenza di questi reati nei tre contesti territoriali, si dirà che l'Emilia-Romagna esprime un tasso generale di delittuosità contro la Pubblica amministrazione di 6,4 reati ogni 100 mila abitanti, l'Italia di 10,6 e il Nord Est di 5,1 ogni 100 mila abitanti. Riguardo invece alla tendenza, si osserva un generale aumento dei reati in questione sia in Emilia-Romagna che nel resto dell'Italia e del Nord Est, in particolare l'abuso d'ufficio, l'indebita percezione di erogazioni pubbliche, il peculato, la concussione i reati corruttivi.

Una sintesi utile di quanto illustrato finora è riportata nella tavola 3. Nella tavola, in particolare, sono riportati quattro indici di criminalità ottenuti accorpando le fattispecie esaminate fin qui nel dettaglio, ciascuno dei quali denota una specifica attività criminale contro la Pubblica amministrazione diversa da tutte le altre sia sotto il profilo della gravità che gli viene attribuita dal Codice penale che degli attori coinvolti.

Il primo di questi indici designa l'**abuso di funzione**, il quale è stato ottenuto dall'accorpamento dei reati di abuso d'ufficio, rifiuto e omissione di atti d'ufficio, rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica, rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio, utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragione di ufficio; il secondo indice designa l'**appropriazione indebita** ed è costituito dai reati di peculato, peculato mediante profitto dell'errore altrui, indebita percezione di erogazioni pubbliche, malversazione di erogazioni pubbliche; il terzo indice connota l'**ambito della corruzione** - intesa sia nella forma passiva che attiva - ed è costituito dai reati di concussione, corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio, corruzione in atti giudiziari, corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio, induzione indebita a dare o promettere utilità, istigazione alla corruzione, concussione, corruzione di membri e funzionari di organi di Comunità europee o internazionali, pene per il corruttore; l'ultimo indice, infine, è stato ottenuto accorpando i reati di interruzione di servizio pubblico o di pubblica necessità, dalla sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro e dalla violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro e si riferisce perciò a una categoria generica di reati contro la Pubblica amministrazione denominata appunto **altri reati contro la P.A.**

**TABELLA 2:**

TASSI MEDI SU 100 MILA ABITANTI E TREND DEI DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE COMMESSI DAI PUBBLICI UFFICIALI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA IN ITALIA, NEL NORD-EST E IN EMILIA-ROMAGNA. PERIODO 2008-2022.

	ITALIA		NORD-EST		EMILIA-ROMAGNA	
	Tasso	Tendenza	Tasso	Tendenza	Tasso	Tendenza
Sottrazione, ecc. cose sottoposte a sequestro	3,3	-	1,5	-	2,3	-
Violazione colposa cose sottoposte a sequestro	2,6	-	1,0	-	1,5	-
Abuso d'ufficio	1,4	-	0,7	+	0,8	+
Interruzione d'un servizio pubblico o di pubblica necessità	0,8	-	0,4	-	0,5	-
Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione	1,0	-	0,4	-	0,4	-
Indebita percezione di erogazioni pubbliche	0,4	+	0,3	+	0,3	+
Peculato	0,4	+	0,4	+	0,3	+
Istigazione alla corruzione	0,2	-	0,1	-	0,2	+
Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	0,1	=	0,1	+	0,1	+
Concussione	0,1	-	0,1	-	0,1	+
Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio	0,1	-	0,0	-	0,1	-
Pene per il corruttore	0,1	+	0,0	+	0,0	+
Malversazione di erogazioni pubbliche	0,0	+	0,0	+	0,0	-
Induzione indebita a dare o promettere utilità	0,0	+	0,0	+	0,0	-

Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio	0,0	+	0,0	-	0,0	-
Corruzione in atti giudiziari	0,0	+	0,0	-	0,0	-
Corruzione per l'esercizio della funzione	0,0	+	0,0	+	0,0	-
Peculato mediante profitto dell'errore altrui	0,0	+	0,0	-	0,0	-
Rifiuto di atti d'ufficio (Militare)	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Utilizzazione invenzioni, ecc.	0,0	-	0,0	-	0,0	///
Corruzione, ecc. membri Comunità europee	0,0	=	0,0	-	0,0	///
<b>TOTALE</b>	<b>10,6</b>	<b>+</b>	<b>5,1</b>	<b>+</b>	<b>6,4</b>	<b>+</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

I rilievi più interessanti che emergono dalla tabella si possono così sintetizzare:

- **L'abuso di funzione<sup>6</sup>** in Emilia-Romagna è un fenomeno che incide meno rispetto alla gran parte delle regioni, benché nei quasi quindici anni considerati sia aumentato rispecchiando una tendenza riscontrabile a livello nazionale. In genere i reati che lo connotano sono più diffusi nelle regioni del Centro-Sud, meno in quelle del Nord Italia (v. figura 1 in appendice). Il valore dell'indice di questa fattispecie criminale per l'Emilia-Romagna è infatti pari a 1,3 ogni 100 mila abitanti - un valore, questo, in linea con il resto delle regioni del Nord-Est - mentre quello dell'Italia è di 2,4 ogni 100 mila abitanti. Le province della regione dove questo valore risulta apprezzabilmente più elevato della media regionale sono Parma (2,7 ogni 100 mila abitanti), Forlì-Cesena (2,4 ogni 100 mila abitanti) e Rimini (2,1 ogni 100 mila abitanti)
- **L'appropriazione indebita<sup>7</sup>** nella nostra regione incide meno che nel resto della Penisola. Solo la Sardegna, infatti, presenta valori dell'indice inferiori a quelli dell'Emilia-Romagna. In termini generali, il valore di questa fattispecie criminale per l'Emilia-Romagna è pari a 0,6 ogni 100 mila abitanti mentre quello dell'Italia è di 0,9 ogni 100 mila abitanti. La provincia dove si registra un valore decisamente superiore alla media regionale di questo fenomeno è Ravenna, il cui tasso è pari a 2 ogni 100 mila abitanti, benché la tendenza, diversamente da quanto accade nelle altre province - fatta eccezione di Forlì-Cesena - è in netta diminuzione.
- **La corruzione<sup>8</sup>** in Emilia-Romagna incide meno che in gran parte del resto della Penisola. Il valore dell'indice di questa fattispecie criminale per l'Emilia-Romagna è pari a 0,4 ogni 100 mila abitanti - un valore, questo, in linea con il resto delle regioni del Nord-Est - mentre quello dell'Italia è di 0,6 ogni 100 mila abitanti. Le province della regione dove il valore dell'indice risulta apprezzabilmente più elevato della media regionale sono Ferrara (0,9 ogni 100 mila abitanti) e Rimini (0,9 ogni 100 mila abitanti). Diversamente da quanto accade nel resto dell'Italia, la tendenza di questo fenomeno nella nostra regione è in crescita, fatta eccezione della provincia di Piacenza dove, al contrario, è in calo.
- **Gli altri reati contro la P.A.** in Emilia-Romagna incidono meno che nel resto dell'Italia, ma in misura più elevata rispetto alle altre regioni del Nord-Est. Il valore dell'indice di questa fattispecie criminale, infatti, per l'Emilia-Romagna è pari a 4,2 ogni 100 mila abitanti mentre quello dell'Italia è di 6,7 e

<sup>6</sup> Tale fenomeno è connotato prevalentemente dal reato di abuso di ufficio, il cui peso in termini numerici assorbe più dei due terzi delle denunce.

<sup>7</sup> Tale fenomeno è connotato principalmente dal reato di peculato e di indebita percezione di erogazioni pubbliche, il cui peso assorbe, nel primo caso la metà delle denunce e nel secondo poco meno della metà.

<sup>8</sup> Tale fenomeno è connotato prevalentemente dal reato di istigazione alla corruzione, il cui peso assorbe circa il 40% delle denunce. Tale fenomeno, pertanto, configura in larga parte l'aspetto passivo della corruzione, benché non manchino i casi di corruzione attiva.

del Nord-Est di 2,9 ogni 100 mila abitanti. La tendenza di questi reati è in diminuzione in tutti i contesti territoriali presi in esame.

**TABELLA 3:**

INCIDENZA E TENDENZA DI ALCUNI FENOMENI CRIMINALI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IN ITALIA, NEL NORD-EST, IN EMILIA-ROMAGNA E NELLE SUE PROVINCE. PERIODO 2008-2022. TASSI SU 100 MILA ABITANTI E TENDENZA

	ABUSO DI FUNZIONE			APPROPRIAZIONE INDEBITA			CORRUZIONE			ALTRI REATI CONTRO LA P.A.		
	Frequenza	Tasso	Tendenza	Frequenza	Tasso	Tendenza	Frequenza	Tasso	Tendenza	Frequenza	Tasso	Tendenza
Italia	30.215	2,4	+	11.471	0,9	+	7.545	0,6	-	82.806	6,7	-
Nord-est	2.843	1,2	+	1.689	0,7	+	804	0,3	+	6.855	2,9	-
Emilia-Romagna	1.147	1,3	+	507	0,6	+	337	0,4	+	3.833	4,2	-
Piacenza	53	1,2	+	29	0,7	+	31	0,7	-	162	3,8	-
Parma	179	2,7	+	42	0,6	+	42	0,6	+	293	4,4	-
Reggio Emilia	78	1,0	+	29	0,4	+	33	0,4	+	669	8,5	-
Modena	123	1,2	+	56	0,5	+	39	0,4	+	619	5,9	-
Bologna	290	1,9	+	89	0,6	+	44	0,3	+	1.042	7,0	-
Ferrara	88	1,7	+	50	1,0	+	46	0,9	+	232	4,4	-
Ravenna	86	1,5	+	116	2,0	-	28	0,5	+	360	6,2	-
Forlì-Cesena	144	2,4	+	58	1,0	-	25	0,4	+	230	3,9	-
Rimini	103	2,1	+	33	0,7	+	47	0,9	+	226	4,6	-

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

### 3. I numeri del riciclaggio

Riciclaggio e corruzione sono due fenomeni che si intrecciano e spesso fanno parte dello stesso sistema di criminalità economica e organizzata. Insieme sono in grado di alterare l'economia e il mercato, di condizionare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e persino di minacciare, quando assumono una rilevanza sistemica, gli assetti democratici di un paese.

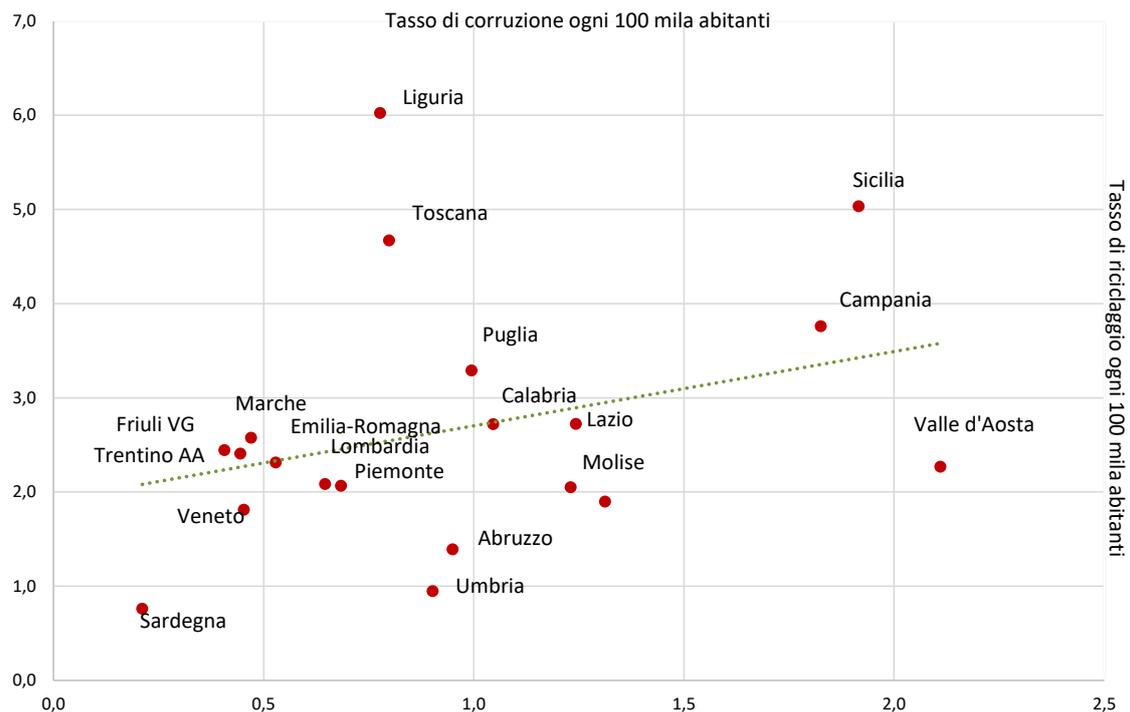
Al pari di tutti i capitali accumulati illecitamente, è noto infatti che anche i ricavi della corruzione ottenuti ad esempio da tangenti o appalti truccati sono sottoposti a elaborate operazioni di riciclaggio per poterne disperdere la natura illecita al fine di essere successivamente investiti nell'economia legale (es. investimenti immobiliari, acquisizioni di imprese, ecc.)<sup>9</sup>.

Ai fini della redazione di questo documento, ciò induce a esaminare i due reati insieme considerandoli speculari. Del resto la distribuzione congiunta dei due fenomeni, così com'è raffigurata nel grafico sotto, ammetterebbe questo tipo di analisi. Dalla lettura del grafico appare infatti evidente la comune tendenza tra corruzione e riciclaggio, tale per cui al crescere di una, in genere, aumenta l'altro. Accade così che le regioni che detengono tassi elevati di corruzione siano anche quelle dove il reato di riciclaggio è più frequente e viceversa. (v. grafico 2).

**GRAFICO 2:**

DISTRIBUZIONE DEI TASSI DI CORRUZIONE E DI RICICLAGGIO IN ITALIA PER REGIONI RICAVATI DAI DATI DELLE DENUNCE (TASSI MEDI PER 100 MILA RESIDENTI). ANNI 2008-2022

<sup>9</sup> Va detto che oltre ai corrotti altri soggetti ricorrono alla pratica del riciclaggio, come ad esempio gli evasori fiscali o i gruppi della criminalità organizzata, i quali, allo stesso modo dei corrotti, tendono a bonificare i capitali accumulati illecitamente mediante dei professionisti disposti a offrire loro servizi e sofisticate operazioni. Il riciclaggio dei capitali illeciti avviene infatti generalmente in più fasi e una molteplicità di canali che si vanno affinando e moltiplicando man mano che aumentano gli strumenti per contrastarlo: dalla immissione dei capitali nel circuito finanziario attraverso banche, società finanziarie, uffici di cambio, centri off-shore e altri intermediari, alla loro trasformazione in oro, preziosi, oggetti di valore, assegni derivanti da false vincite al gioco, ecc., fino all'investimento in attività lecite a ripulitura avvenuta.



Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

Alla luce di quanto appena detto, non vi è dubbio, quindi, che un efficace ostacolo posto all'utilizzo e al reimpiego dei proventi illeciti possa contribuire a ridurre la corruzione o a prevenirla. D'altra parte, va da sé che la lotta alla corruzione limiterebbe in una qualche misura il riciclaggio, benché le fonti da cui quest'ultimo si alimenta vanno ben oltre gli scambi corruttivi per estendersi ad altre - e probabilmente più remunerative - attività criminali, quali, ad esempio, il traffico degli stupefacenti.

A questo proposito, occorre evidenziare che nel corso degli ultimi decenni l'attività di contrasto alla criminalità organizzata e ai corrotti si è molto concentrata proprio sull'attacco ai capitali di origine illecita e ciò è avvenuto anche grazie al supporto di un sistema di prevenzione che ha costituito un importante complemento all'attività di repressione dei reati, intercettando e ostacolando l'impiego e la dissimulazione dei relativi proventi.

In questo sistema di prevenzione l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF)<sup>10</sup> rappresenta l'autorità incaricata di acquisire i flussi finanziari e le informazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo principalmente attraverso le segnalazioni alle autorità competenti di operazioni sospette trasmesse da intermediari finanziari, professionisti e altri operatori. Su queste informazioni l'UIF effettua l'analisi finanziaria, utilizzando l'insieme delle fonti e dei poteri di cui dispone e ne valuta la rilevanza ai fini della trasmissione agli organi investigativi e della collaborazione con l'autorità giudiziaria per l'eventuale sviluppo dell'azione di repressione.

Volgendo ora brevemente lo sguardo ai dati aggregati di queste operazioni, con circa 95 mila segnalazioni trasmesse in circa quindici anni all'UIF da intermediari finanziari, professionisti e altri operatori attivi nel territorio regionale, l'Emilia-Romagna risulta essere la quinta regione in Italia per numero di operazioni sospette segnalate - dopo la Lombardia, il Lazio, la Campania e il Veneto -, sebbene l'incidenza di queste operazioni sulla popolazione in regione risulti inferiore alla media dell'Italia e

<sup>10</sup> L'UIF è istituita presso la Banca d'Italia col d.lgs. n. 231 del 2007, che è la cornice legislativa dell'antiriciclaggio in Italia.

ben lontana da altre regioni (135 segnalazioni contro 143 ogni 100 mila abitanti (v. tabella 4).

**TABELLA 4:**

OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO SEGNALATE DAI SOGGETTI OBBLIGATI ALL'UIF IN ITALIA. PERIODO 2008-2023. (VALORI ASSOLUTI, VALORI RELATIVI, TASSI MEDI SU 100 MILA ABITANTI, TENDENZA DI LUNGO E BREVE PERIODO)

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa (%)	Tassi 100 mila ab.	Tendenza 2008/2023	Tendenza 2022/2023
Piemonte	86.469	6,3	124	767,9	-3,0
Valle d'Aosta	2.746	0,2	136	2.183,3	-16,2
Liguria	34.928	2,6	140	1.168,1	-0,2
Lombardia	265.574	19,5	168	628,8	-0,7
Veneto	102.401	7,5	131	1.039,1	-6,7
Trentino-Alto Adige	18.534	1,4	110	1.734,6	-13,4
Friuli-Venezia Giulia	22.213	1,6	114	708,7	-7,7
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>94.981</b>	<b>7,0</b>	<b>135</b>	<b>897,4</b>	<b>3,8</b>
Toscana	86.134	6,3	145	918,5	-3,6
Marche	33.381	2,4	136	1.264,0	-0,9
Umbria	12.343	0,9	88	1.041,0	-1,4
Lazio	159.318	11,7	176	693,6	-17,6
Campania	156.137	11,5	170	1.083,3	-13,1
Abruzzo	19.852	1,5	95	644,3	-19,3
Molise	5.146	0,4	105	951,3	-32,0
Puglia	69.666	5,1	108	1.005,4	-21,7
Basilicata	8.456	0,6	93	1.173,1	10,3
Calabria	36.650	2,7	119	724,7	-4,6
Sicilia	77.297	5,7	97	1.500,0	-3,0
Sardegna	19.436	1,4	74	1.119,8	-6,3
<b>Italia</b>	<b>1.362.854</b>	<b>100,0</b>	<b>143</b>	<b>969,1</b>	<b>-3,2</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati UIF, Banca d'Italia.

Se, come appena visto, la distribuzione territoriale delle operazioni segnalate cambia notevolmente tra le regioni, rispecchiandone in una qualche misura la dimensione economica e/o sociale, comune ai diversi territori è invece la tendenza delle stesse nel lungo periodo, cresciuta ovunque ininterrottamente nei quindici anni considerati, tranne che nel biennio 2022-2023, quando, per la prima volta, è stata registrata dappertutto un'apprezzabile flessione. A ciò fa eccezione l'Emilia-Romagna (e la Basilicata), dove le segnalazioni sono cresciute di quasi quattro punti percentuali (v. tabella 5). Per quanto possa sembrare sfavorevole, il fatto che le operazioni segnalate in Emilia-Romagna continuino ad aumentare nel tempo non va considerato come un segnale necessariamente negativo, tanto più se si considera il fatto che si tratta di operazioni sospette di cui gli organi competenti ne devono ancora accertare la rilevanza, ma è più probabile che rappresenti innanzitutto una conferma, laddove si trattasse realmente di operazioni di riciclaggio, di quanto il nostro territorio per la sua ricca economia sia costantemente sottoposto a tentativi di infiltrazione criminale, e, in secondo luogo, una prova dell'attenzione degli operatori del settore riposta sui flussi finanziari movimentati in regione.

Le denunce giunte alle forze di polizia per il reato di riciclaggio in parte confermano il quadro rappresentato fin qui. Con quasi mille e seicento denunce in circa quindici anni, l'Emilia-Romagna risulta infatti tra le prime sette regioni per numero di reati riguardanti il riciclaggio - con la Campania, la Lombardia, la Toscana, il Lazio, la Puglia e la Sicilia -, benché l'incidenza procapite di questo reato, ancora una volta, risulti inferiore della media dell'Italia (2,3 contro 2,6 ogni 100 mila abitanti) (v. tabella 5).

**TABELLA 5:**

REATI DI RICICLAGGIO DENUNCIATI ALLE FORZE DI POLIZIA IN ITALIA. PERIODO 2008-2023. (VALORI ASSOLUTI, VALORI RELATIVI, TASSI MEDI SU 100 MILA ABITANTI, TENDENZA DI LUNGO E BREVE PERIODO)

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa (%)	Tassi 100 mila ab.	Tendenza 2008/2023	Tendenza 2022/2023
--	--------------------	------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Piemonte	1.402	5,6	2,0	-30,4	-28,4
Valle d'Aosta	46	0,2	2,3	-40,0	0,0
Liguria	1.461	5,8	5,9	-34,2	8,7
Lombardia	3.253	12,9	2,1	-4,0	0,0
Veneto	1.401	5,6	1,8	148,4	-28,0
Trentino Alto Adige	398	1,6	2,4	160,0	-27,8
Friuli-Venezia Giulia	457	1,8	2,4	-67,9	12,5
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>1.586</b>	<b>6,3</b>	<b>2,3</b>	<b>-14,5</b>	<b>-21,3</b>
Piacenza	75	4,8	1,6	-83,3	-66,7
Parma	110	7,0	1,5	75,0	75,0
Reggio nell'Emilia	125	8,0	1,5	-16,7	-28,6
Modena	535	34,1	4,8	25,0	-66,7
Bologna	290	18,5	1,8	-36,0	-11,1
Ferrara	72	4,6	1,3	75,0	250,0
Ravenna	163	10,4	2,6	175,0	-35,3
Forlì-Cesena	89	5,7	1,4	-75,0	-50,0
Rimini	109	7,0	2,1	-20,0	33,3
Piacenza	75	4,8	1,6	-83,3	-66,7
Toscana	2.661	10,6	4,5	7,0	22,0
Marche	620	2,5	2,5	16,7	-6,7
Umbria	136	0,5	1,0	37,5	83,3
Lazio	2.454	9,7	2,7	-6,6	12,8
Campania	3.478	13,8	3,8	33,7	-9,2
Abruzzo	289	1,1	1,4	-44,4	36,4
Molise	106	0,4	2,2	22,2	-8,3
Puglia	2.136	8,5	3,3	24,1	14,3
Basilicata	172	0,7	1,9	66,7	0,0
Calabria	827	3,3	2,7	-51,4	-30,8
Sicilia	1.812	7,2	2,3	-22,0	-18,3
Sardegna	518	2,1	2,0	53,3	-25,8
<b>Italia</b>	<b>25.213</b>	<b>100,0</b>	<b>2,6</b>	<b>-1,9</b>	<b>-6,0</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

Nel quadro regionale, Modena risulta la provincia con il maggior numero di denunce per riciclaggio (più di due terzi di esse riguardano infatti questa provincia) e dove il reato ha la più alta incidenza procapite (4,8 reati ogni 100 mila abitanti), mentre Ferrara, al contrario, è quella con meno denunce e il tasso procapite più basso, ma, diversamente da Modena e di altre province, è anche il territorio dove nell'ultimo biennio le denunce sono aumentate in misura significativa, così come è avvenuto nella provincia di Parma e di Rimini (v. tabella 5).

#### 4. La corruzione: il punto di vista dei cittadini

Come si è visto finora, l'incidenza dei reati commessi ai danni della Pubblica amministrazione e denunciati nella nostra regione è più bassa in confronto ad altri contesti territoriali<sup>11</sup>. Tale rilievo trova una parziale conferma nei dati che l'Istat rileva periodicamente con un'indagine di popolazione dedicata alla sicurezza dei cittadini, all'interno della quale è inserito un modulo di domande appositamente dedicato alla corruzione con l'obiettivo di stimare il numero di persone coinvolte in dinamiche corruttive e di tracciare l'immaginario collettivo rispetto a questi tipi di fenomeni<sup>12</sup>.

Guardando ai principali risultati di questa indagine, è possibile infatti notare che la corruzione nella nostra regione coinvolge in genere una percentuale inferiore di persone rispetto alla media italiana. Solo il 7% dei cittadini emiliano romagnoli

<sup>11</sup> Diverso è invece il caso di altre forme di criminalità, come ad esempio la criminalità predatoria, i cui tassi di delittuosità dell'Emilia-Romagna in genere superano decisamente quelli nazionali.

<sup>12</sup> Occorre precisare che l'Indagine sulla sicurezza dei cittadini (c.d. indagine di vittimizzazione) l'Istat la conduce con cadenza quasi quinquennale dal 1998, ma solo nel 2016 ha inserito per la prima volta un modulo sulla corruzione nei termini specificati nel testo e che ha ripreso e in parte modificato nell'indagine del 2022.

rivolgendosi al settore pubblico hanno infatti ricevuto richieste di denaro o altre utilità da parte di un dipendente pubblico per rendere un servizio che gli era dovuto o avanzato offerte di questo tipo per agevolarne l'ottenimento, mentre nel resto dell'Italia tale percentuale è dell'8% con punte molto più elevate nel Lazio e in Puglia (v. tabella 6).

**TABELLA 6:**

PERSONE CHE HANNO AVUTO UN'ESPERIENZA DIRETTA O INDIRETTA ALLA CORRUZIONE, AL VOTO DI SCAMBIO E ALLA RACCOMANDAZIONE PER REGIONE. ANNO 2016 (PER 100 PERSONE TRA I 18 E GLI 80 ANNI)

	CORRUZIONE		VOTO DI SCAMBIO		RACCOMANDAZIONE	
	Esperienza diretta	Esperienza indiretta	Esperienza diretta	Esperienza indiretta	Esperienza diretta	Esperienza indiretta
Piemonte	3,7	7,0	1,0	3,0	6,1	19,6
Valle d'Aosta	3,4	7,3	2,9	7,4	5,1	20,0
Lombardia	5,9	8,6	1,4	3,5	7,5	16,8
Bolzano	3,1	5,6	0,5	1,2	6,4	14,7
Trento	2,0	7,5	1,2	1,8	6,0	22,6
Veneto	5,8	7,3	1,8	4,2	10,0	26,7
Friuli-Venezia Giulia	4,4	3,9	0,5	1,1	7,9	22,2
Liguria	8,3	13,6	1,8	3,5	9,5	24,0
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>7,2</b>	<b>10,1</b>	<b>1,5</b>	<b>3,5</b>	<b>13,7</b>	<b>29,1</b>
Toscana	5,5	7,0	2,4	4,9	9,6	24,7
Umbria	6,1	14,6	2,5	5,0	11,3	29,6
Marche	4,4	10,2	2,9	6,0	8,6	24,0
Lazio	17,9	21,5	3,7	8,0	13,0	33,7
Abruzzo	11,5	17,5	6,0	13,9	5,7	29,4
Molise	9,1	12,4	3,9	7,6	5,7	27,1
Campania	8,9	14,8	6,7	12,8	5,4	23,5
Puglia	11,0	32,3	7,1	23,7	5,0	41,8
Basilicata	9,4	14,4	9,7	18,5	6,7	36,2
Calabria	7,2	11,5	5,8	11,4	5,7	16,6
Sicilia	7,7	15,4	9,0	16,4	5,9	22,3
Sardegna	8,4	15,0	6,8	12,2	9,1	36,6
<b>ITALIA</b>	<b>7,9</b>	<b>13,1</b>	<b>3,7</b>	<b>8,3</b>	<b>8,3</b>	<b>25,4</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016.

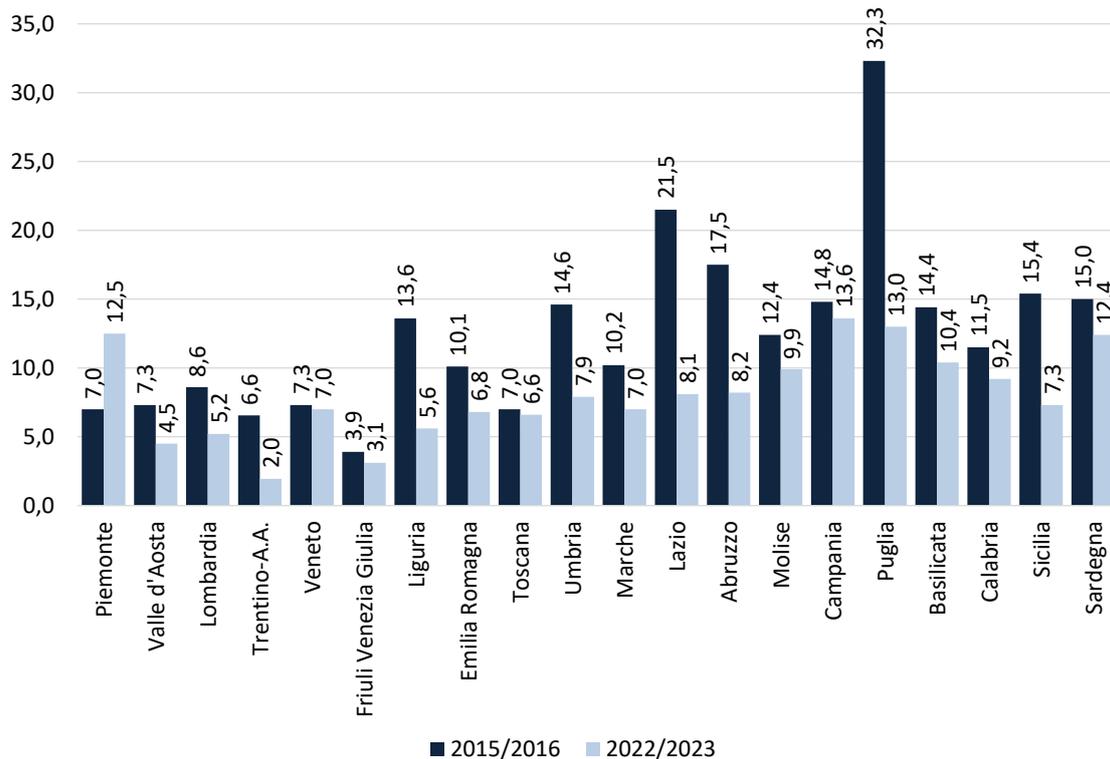
Più evidente appare lo scarto tra la regione e il resto dell'Italia per quanto riguarda la percentuale di persone che, pur non essendo mai state coinvolte direttamente in dinamiche corruttive, hanno amici, colleghi o parenti che avrebbero sperimentato, sia come soggetti attivi che passivi, l'esperienza della corruzione. In questo caso, infatti, la percentuale registrata in Emilia-Romagna è del 10%, mentre nel resto dell'Italia sale al 13% con punte particolarmente elevate ancora nel Lazio e nella Puglia.

Poco diffuso tra i cittadini emiliano romagnoli risulta anche lo scambio del voto con favori, denaro o altre utilità, una pratica, questa, tradizionalmente più diffusa nelle regioni del Sud e nelle Isole, mentre appare più critico il quadro della regione riguardo alla raccomandazione: una pratica, questa, alla quale i suoi cittadini sembrerebbero più esposti rispetto ad altri territori, benché tale pratica, secondo quanto riferito dagli intervistati, riguarderebbe in larga parte il settore privato (ad esempio per ottenere un lavoro o una promozione) e meno per avere dei benefici dal settore pubblico (per esempio un beneficio assistenziale, la cancellazione di una sanzione, essere favorito in cause giudiziarie, ecc.).

Considerato nel medio periodo, il fenomeno corruttivo, di per sé contenuto in Emilia-Romagna, come si è appena visto, sembrerebbe avere subito una ulteriore diminuzione nel tempo, considerato che tra il 2016 e il 2022 la quota di cittadini con conscenti coinvolti in dinamiche corruttive è scesa dal 10 al 7%, seguendo comunque un trend comune alla maggior parte delle regioni italiane (v. grafico 2).

**GRAFICO 2:**

PERSONE CHE CONOSCONO QUALCUNO (AMICI, PARENTI, COLLEGHI) A CUI È STATO RICHIESTO DENARO, FAVORI, REGALI PER OTTENERE AGEVOLAZIONI O SERVIZI PER REGIONE. ANNI 2015-2016 E 2022-2023 (PER 100 PERSONE TRA I 18 E GLI 80 ANNI)



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016; 2022-2023

Risultati incoraggianti per l'Emilia-Romagna, che confermano i rilievi esposti fin qui, arrivano anche dalle opinioni che i cittadini esprimono su alcuni comportamenti propriamente corruttivi o comunque spia o anticipatori della corruzione.

Per la prima volta con l'indagine del 2022 si è voluto indagare il grado di accettabilità dei cittadini verso la corruzione, chiedendo a quelli che non ne avevano mai avuto un'esperienza diretta quanto ritenessero accettabili comportamenti quali offrire denaro a un vigile o a un medico per ricevere un servizio, farsi raccomandare da familiari o da amici per essere assunto, cercare di ottenere benefici assistenziali ai quali non si avrebbe diritto, offrire o accettare denaro da parte di un genitore per trovare o dare un lavoro a un figlio, ottenere regali, favori o denaro in cambio del voto alle elezioni. Su questi aspetti emerge ancora una volta come i cittadini dell'Emilia-Romagna siano più severi nel dare un giudizio. Come infatti si può osservare dalla tabella successiva, nella nostra regione solo il 2% dei cittadini ritiene accettabile corrompere un vigile per avere un favore o scambiare il voto con denaro o regali, mentre a livello nazionale la percentuale di cittadini sale al 6 e al 4,5%. Cercare di ottenere benefici assistenziali ai quali non si avrebbe diritto è tollerato solo dal 4% degli emiliano romagnoli (a livello nazionale tale quota è del 6%), ricevere raccomandazioni per essere assunto dall'8% (15,9% a livello nazionale), accettare denaro da un genitore per dare un un lavoro al proprio figlio dall'11% (20,1% a livello nazionale) (v. tabella 7).

TABELLA 7:

PERSONE CHE RITENGONO ACCETTABILE COMPORTAMENTI LEGATI A DINAMICHE CORRUTTIVE PER REGIONE. ANNO 2022-2023 (PER 100 PERSONE TRA I 18 E GLI 80 ANNI)

	Farsi raccomandare da familiari o amici per essere assunto	Cercare di ottenere benefici assistenziali ai quali non avrebbe	Che un genitore offra o accetti di dare denaro per trovare lavoro a un figlio	Ottenere regali, favori o denaro in cambio del proprio voto alle elezioni
Offrire denaro a un vigile, un medico...				

Piemonte	5,7	16,2	7,1	16,1	4,6
Valle d'Aosta	0,4	1,8	0,6	3,3	0,5
Lombardia	5,0	18,2	5,3	22,4	4,2
Trentino A.A.	3,2	14,9	3,0	15,2	2,1
Veneto	4,5	19,1	4,4	22,8	2,5
Friuli Venezia Giulia	1,1	5,0	1,6	6,4	1,1
Liguria	2,5	19,0	2,8	21,1	1,2
<b>Emilia Romagna</b>	<b>1,9</b>	<b>8,1</b>	<b>3,9</b>	<b>11,2</b>	<b>1,9</b>
Toscana	4,5	9,1	3,2	12,3	3,4
Umbria	7,6	15,9	10,1	18,4	5,5
Marche	13,5	20,1	15,2	24,9	11,2
Lazio	15,3	22,8	14,5	25,3	13,2
Abruzzo	4,7	11,9	5,9	15,2	4,8
Molise	3,1	12,4	3,5	21,1	3,0
Campania	6,5	18,5	6,6	27,5	5,0
Puglia	4,6	15,0	4,7	21,3	2,3
Basilicata	2,2	19,7	5,2	27,1	0,8
Calabria	2,7	11,2	1,7	20,6	1,1
Sicilia	4,3	13,4	5,1	17,9	3,1
Sardegna	4,8	14,6	4,3	19,9	4,2
<b>Italia</b>	<b>5,7</b>	<b>15,9</b>	<b>6,1</b>	<b>20,1</b>	<b>4,5</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2022-2023

Risultati positivi per l'Emilia-Romagna emergono anche dagli atteggiamenti dei suoi cittadini verso la corruzione e al modo di combatterla. Anche qui, infatti, emerge un atteggiamento dei cittadini innanzitutto contrario alla rassegnazione verso questo tipo di fenomeno, dal momento che sono molti meno rispetto alla media italiana quelli che lo considerano inevitabile (26% contro il 29 a livello nazionale) o che denunciarlo sia un atto inutile (13,9 contro il 23%) o pericoloso (59,5 contro 63,5%). La quasi totalità degli emiliano romagnoli, al contrario, considerano tale fenomeno diffuso e dannoso per la società (97,2% contro 92,4%) perché farebbe lievitare i costi dei servizi che inevitabilmente ricadono sui cittadini (69% contro 77%), anche per questa ragione tutti dovrebbero rivolgersi alle autorità competenti per denunciarla e combatterla (95,8% contro 90,7%).

Sulla scorta di quanto illustrato fin qui, si può dunque concludere che i fenomeni corruttivi in Emilia-Romagna sembrano avere meno rilevanza rispetto ad altre regioni. Ciò può dipendere da un contesto sociale caratterizzato da una cultura avversa alla corruzione, dove i cittadini, sapendone riconoscere la gravità, danno particolare valore alla denuncia, mostrando in questo modo un atteggiamento responsabile e di maggiore fiducia nel sistema penale rispetto ad altre aree del paese.

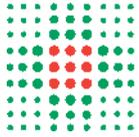
**TABELLA 8:**

PERSONE MOLTO O ABBASTANZA D'ACCORDO CON ALCUNE AFFERMAZIONI INERENTI IL TEMA DELLA CORRUZIONE PER REGIONE. ANNO 2022-2023 (PER 100 PERSONE TRA I 18 E GLI 80 ANNI)

	La corruzione è naturale e inevitabile	Tutti dovremmo combattere la corruzione denunciando	La corruzione è un danno per la società	Denunciare fatti di corruzione è pericoloso	La corruzione riguarda solo le grandi imprese e i politici	La corruzione fa aumentare i costi che i cittadini devono pagare per i servizi	Denunciare fatti di corruzione è inutile
Piemonte	28,5	94,8	93,9	66	46,3	83,5	28,5
Valle d'Aosta	15,9	87,6	96,6	69,5	41,2	61,7	12,1

Lombardia	17,9	91,3	94	60,5	31,4	81,6	18,7
Trentino A.A.	31,05	90,4	94,45	72,35	20,85	59,65	14,35
Veneto	25	94,5	96,3	63,7	22,5	80,8	16,6
Friuli V. Giulia	55,9	95,6	96,8	72,8	20,7	49,6	12,5
Liguria	25,1	97,7	98,2	71,9	30,1	92,2	21,9
Emilia Romagna	26,2	95,8	97,2	59,5	30,1	69,1	13,9
Toscana	49	91,7	92,3	73,4	30,4	70,9	25,2
Umbria	38,1	93,4	95,5	75,6	25,9	80,3	27,4
Marche	27,2	93,6	91,6	73,5	42,8	86	25,1
Lazio	34,7	90,6	93,6	62,8	38,9	77,2	28,1
Abruzzo	25,3	86,5	90	66,8	40,5	79,8	26,9
Molise	37,9	89,9	87,1	49,3	21,8	80,6	28,7
Campania	33,9	81,6	82,4	55,5	31	75,2	34,1
Puglia	39,7	94,7	93,5	72,8	29,4	77,9	31,5
Basilicata	30,2	90,9	95,5	60,7	19,7	78,7	13,9
Calabria	14,9	76,9	81	40	36,8	69,8	18,3
Sicilia	27,1	86,3	88,8	58,7	24,5	73,5	19,5
Sardegna	27,0	91,5	97,8	72,6	43,9	87	26,2
<b>Totale</b>	<b>29,4</b>	<b>90,7</b>	<b>92,4</b>	<b>63,4</b>	<b>31,8</b>	<b>77,1</b>	<b>23,1</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2022-2023



## **ALLEGATO B**

### ***Mappatura processi interni. Analisi, valutazione del rischio responsabilità e misure:***

- AREA AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
- AREA CONTRATTI PUBBLICI
- AREA RISORSE UMANE
- AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- AREA GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
- AREA ICT
- AREA LIBERA PROFESSIONE
- AREA LISTE D'ATTESA
- AREA CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI
- AREA DECESSI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI
- ALTRE MAPPATURE PROCESSI E AREE DI RISCHIO

**AREA RISCHIO: AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO-INCARICHI E NOMINE**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FINALITA'/FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVE COINVOLTE
<b>GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI</b>	<b>1</b>				
Apertura sinistro	1.1	Valutazione sussistenza requisiti minimi per l'apertura del sinistro; inserimento del caso, con apposizione di apposito numero identificativo, nel database aziendale e regionale	richiesta di risarcimento, mediazione, procedimento giudiziale	Riscontro apertura sinistro alla parte richiedente	SERVIZIO LEGALE (ufficio assicurativo)
Fase preistruttoria	1.2	Acquisizione documentazione clinica ed eventuali relazioni specialistiche	richiesta di risarcimento, mediazione, procedimento giudiziale	Richiesta relazioni UU.OO. coinvolte	MEDICINA LEGALE - SERVIZIO LEGALE (ufficio assicurativo) - PATROCINATORI
Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria	1.3	1)Assegnazione del sinistro ad un medico legale referente 2)Valutazione sussistenza responsabilità sanitaria (an) - visita medica 3) quantificazione danno (quantum) - parere su congruità spese mediche 4) Individuazione professionista ex art. 13	Richiesta relazione alle UUOO coinvolte	Parere Medico Legale	MEDICINA LEGALE
Fase istruttoria per danni da smarrimento protes/cadute	1.4	1) valutazione sussistenza responsabilità (an) 2) quantificazione danno (quantum) 3) valutazione spese rimborsabili	Richiesta relazione alle UUOO coinvolte	Verbale CVS	SERVIZIO LEGALE (ufficio assicurativo)
Fase decisoria	1.5	Decisione in merito alle modalità di gestione del sinistro da parte del Comitato Valutazione Sinistri	Convocazione CVS	a) Relezione b) Avvio trattative c) Approfondimento istruttorio	SERVIZIO LEGALE (ufficio assicurativo) MEDICINA LEGALE
Parere al NRV in caso di soprasoglia	1.6	richiesta parere al NRV finalizzata all'acquisizione del parere obbligatorio per i casi soprasoglia	Verbale CVS	Richiesta parere al NRV	RESPONSABILE AZIENDALE DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE
Avvio della trattativa	1.7	Contatti con la controparte	Verbale CVS/NR	a) Accordo b1) Mancato accordo b2) Rivalutazione del sinistro	SERVIZIO LEGALE (ufficio assicurativo) MEDICINA LEGALE CVS
Provvedimento di recepimento	1.8	Definizione accordo transattivo	Proposta transattiva	Accettazione proposta transattiva e Pagamento	SERVIZIO LEGALE(ufficio assicurativo)/AVVOCATO INCARICATO IN CASO DI SINISTRO SOPRASOGLIA
<b>AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI</b>	<b>2</b>				
valutazione affidamento Incarico avvocatura interna /esterno	2.0	valutazione di affidamento interno/esterno	criteri di affidamento all'esterno (casistica, sopra/sotto soglia, altre motivazioni...)	decisione per affidamento interno/esterno	SERVIZIO LEGALE
Incarico avvocati interni	2.1	scelta del legale interno	criteri di scelta (mandato al Direttore, congiunto o disgiunto con altro professionista individuato sulla base di: equa distribuzione interna, carico di lavoro, esperienza maturata in materia )	atto di incarico e procura	SERVIZIO LEGALE
Incarico avvocati esterni	2.2.1	emissione avviso per costituzione elenco avvocati e definizione degli elenchi	definizione requisiti di partecipazione e altri contenuti specifici dell'Avviso (requisiti di professionalità, elenchi per rami di attività, criteri di scelta nell'affidamento nelle consulenze/incarichi difensivi)	delibera approvazione e pubblicazione elenchi sul sito aziendale	Direzione Generale su proposta del Direttore Servizio Legale
	2.2.2	scelta del legale esterno	criteri di scelta definiti nell'Avviso (valutazione CV, precedenti incarichi, tendenziale rotazione)	Delibera di conferimento incarico e sottoscrizione mandato difensivo legale esterno	Direzione Generale su proposta del Direttore Servizio Legale (o altro Servizio competente)
<b>PROCEDIMENTO DISCIPLINARE</b>	<b>3</b>		<b>effettuazione della segnalazione da parte del responsabile del Servizio/U.O.</b>	<b>provvedimento finale</b>	<b>Responsabile gerarchico/UPD/UOSGAL</b>
	3.1	segnalazione da parte del responsabile del Servizio/U.O.			UPD-UOSGAL
	3.2	contestazione			UPD-UOSGAL
	3.3	contraddittorio tra dipendente e azienda			UPD-UOSGAL
	3.4	istruttoria			UPD-UOSGAL
	3.5	adozione del provvedimento finale			UPD-UOSGAL





## INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno  
grado di discrezionalità del decisore interno  
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo  
opacità del processo decisionale  
grado di attuazione delle misure di trattamento  
altro

## STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO  
MEDIO  
BASSO

## TIPOLOGIA DI MISURA

controllo  
trasparenza  
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento  
regolamentazione  
semplificazione  
formazione  
sensibilizzazione e partecipazione  
rotazione  
segnalazione e protezione  
disciplina del conflitto di interessi  
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

## FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli  
mancanza di trasparenza  
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa  
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi  
scarsa responsabilizzazione interna  
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi  
inadeguata diffusione della cultura della legalità  
altro

## TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente  
misura da programmare nel triennio del PTPCT

## TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale  
semestrale

ANALISI RISCHIO - AREA CONTRATTI PUBBLICI — AZIENDA USL DI IMOLA

Servizi aziendali coinvolti: UOC Economato e Logistica, UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche,  
UOC Tecnologie Sanitarie Informatiche e di Rete

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO/FASE	prog	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
<b>PROGRAMMAZIONE</b>	1		Pianificazione delle esigenze di approvvigionamento di beni, servizi e lavori, in applicazione del codice contratti DLgs 50/2016, sulla base delle risorse assegnate	delibera annuale di programmazione	Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	1.1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti. Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali. Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	1.2	Redazione, aggiornamento e approvazione programma triennale lavori			Patrimonio e tecnologie Impiantistiche
<b>PROGETTAZIONE</b>	2		Applicazione della programmazione annuale deliberata,	avvio della procedura di gara e individuazione dei criteri specifici (individuazione componenti gruppo tecnico, capitolato, criteri di aggiudicazione, valutazione della qualità, ...)	Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	2.1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
	2.2	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	2.3	Individuazione RUP (o sostituzione)			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	2.4	Svolgimento indagini di mercato – pubblicazione di avvisi esplorativi			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	2.5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di Rete
	2.6	Individuazione componenti gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato Tecnico			Economato e Logistica Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
	2.7	Scelta della procedura di aggiudicazione			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

MAPPATURA PROCESSI -  
AREA CONTRATTI PUBBLICI

PROCESSO/FASE	prog	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
	2.8	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base di gara			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	2.9	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) inferiori a € 40.000			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
	2.10	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali. Accettazione comodati d'uso			Economato e Logistica Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
<b>SELEZIONE DEL CONTRAENTE</b>	<b>3</b>		<b>Applicazione criteri specifici definiti nel capitolato ed eventuale nomina Commissione aggiudicatrice per la valutazione delle offerte</b>	<b>valutazione amministrativa idoneità della documentazione di gara e valutazione delle offerte</b>	<b>Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche</b>
	3.1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER, MEPA)			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	3.2	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroga termini			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
	3.3	Valutazione documentazione amministrativa			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	3.4	Nomina Commissione Giudicatrice			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica e
	3.5	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	3.6	Verifica anomalia delle offerte			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	3.7	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	3.8	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione dell'aggiudicazione definitiva			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
	3.9	Annullamento della gara/revoca bando			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
<b>VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO</b>	<b>4</b>		<b>esito dei lavori di verifica e valutazione dei contraenti e delle offerte</b>	<b>determina di aggiudicazione e stipula del contratto</b>	<b>Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche</b>
	4.1	Stipula contratto/adesione alla convenzione ed emissione ordinativo di fornitura			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	4.2	Individuazione direttore esecuzione contratto			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
<b>ESECUZIONE DEL CONTRATTO</b>	<b>5</b>		<b>stipula del contratto e nomina del DEC</b>	<b>gestione del contratto e verifica/monitoraggio delle fasi di esecuzione</b>	<b>Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche</b>
	5.1	Autorizzazioni al subappalto			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche

MAPPATURA PROCESSI -  
AREA CONTRATTI PUBBLICI

PROCESSO/FASE	prog	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
	5.2	Ammissione delle varianti			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	5.3	Verifiche in corso di esecuzione dei contratti			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	5.4	Verifica disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) e Documento Unico di Valutazione dei rischi Interferenziali (DUVRI)			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	5.5	Apposizione di riserve			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	5.6	Gestione delle controversie. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali, durante la fase di esecuzione del contratto			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	5.7	Effettuazione pagamenti in corso di esecuzione del contratto			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
<b>RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO</b>	<b>6</b>		<b>fase finale di esecuzione del contratto</b>	<b>collaudo</b>	<b>Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete</b>
	6.1	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
	6.2	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
<b>ALTRI PROCESSI INTERNI</b>	<b>7</b>		<b>Patrimonio (beni immobili, mobili e attrezzature) di proprietà o detenuto da parte dell'azienda</b>	<b>gestione del patrimonio</b>	<b>Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete</b>
	7.1	Controlli antimafia in procedure di appalto ed esecuzione contratti			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	7.2	Gestione inventario beni			Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	7.3	Gestione beni immobili			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	7.4	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	7.5	Atti di locazione attiva o passiva			Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
	7.6	Rimborsi di cassa economale			Economato e Logistica
	7.7	Gestione del materiale in giacenza Magazzino			Economato e Logistica
	7.8	Programmazione investimenti			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
	7.9	Affidamento servizi manutentivi			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
	7.10	Direzione ed esecuzione dei contratti di forniture di beni e di servizi Manutentivi			Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete

prog	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	RISCHI ANOMALIE	INDICATORI DI RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
1	PROGRAMMAZIONE	Finalizzazione delle esigenze di approvazione di beni, servizi e lavori, in applicazione del codice contratti (leg. 96/2016), sulla base delle risorse assegnate	delibera annuale di programmazione									Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
1.1		Analisi e definizione dei fabbisogghi contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti. Predispozione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali. Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)		Definizione di un fabbisoggo non rispondente a criteri di efficacia/efficacia/economicità, ma alla volontà di premere interessi particolari; intempestiva predispozione ed approvazione degli strumenti di programmazione	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Definizione della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempi definiti 2) rispetto delle linee guida / istruzioni operative che definiscono modalità e tempistiche di redazione programmazione 3) Pubblicazione programmazione e degli aggiornamenti 4) Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione (parte aziendale da realizzare) 5) applicazione di strumenti di controllo ed interventi sostitutivi. 6)Definizione fabbisoggo condivisa con soggetti individuati da Azienda e adozione proposta programma annuale	Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
1.2		Redazione, aggiornamento e approvazione programma triennale lavori		Definizione di un fabbisoggo non rispondente a criteri di efficacia/efficacia/economicità, ma alla volontà di premere interessi particolari; intempestiva predispozione ed approvazione degli strumenti di programmazione	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		BASSO	B	trasparenza	Definizione della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempi definiti 2) rispetto delle linee guida / istruzioni operative che definiscono modalità e tempistiche di redazione programmazione 3) Pubblicazione programmazione e degli aggiornamenti 4) Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione (parte aziendale da realizzare) 5) applicazione di strumenti di controllo, ed interventi sostitutivi. 6)Definizione fabbisoggo condivisa con soggetti individuati da Azienda e adozione proposta programma annuale lavori	Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2	PROGETTAZIONE	Applicazione della programmazione annuale deliberata,	avvio della procedura di gara e individuazione dei criteri specifici (individuazione componenti gruppo tecnico, capitolato, criteri di aggiudicazione, valutazione della qualità, ...)									Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.1		Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione		Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati/ Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'affidamento ed all'affidamento di appalti privati	grado di attuazione delle misure di trasparenza	manca di misure di controllo del rischio o contrasti		BASSO	B	controllo	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio	Patrimonio e Tecnologie Implantistiche Economico e Logistica
2.2		Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto		Non utilizzo delle convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	grado di attuazione delle misure di trasparenza	manca di trasparenza		MEDIO	A	trasparenza	1) Motivazione nella determina a contrare e di aggiudicazione in ordine alla scelta della procedura sia sulla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale 2) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adozione e Convenzioni intersettoriali (CONSP) o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.	Economico e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.3		Individuazione RUP (o sostituzione)		Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori succenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la serietà e l'indipendenza	grado di attuazione delle misure di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		MEDIO	M	rotazione	1) Motivazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesima procedura di affidamento a/o in base ai settori di acquisto 2) Lavori: individuazione del RUP nel piano di programmazione annuale dei lavori (con criteri della relazione 3) Servizi e Forniture: indicazione del RUP nella programmazione aziendale di indicazione RUP nominata nel dispositivo atti di indagine e successivi	1-2-4 Economico e Logistica 1-2-4 Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.4		Svolgimento indagini di mercato – pubblicazione di avvisi esplorativi		Svolgimento indagini di mercato superficiali i cui risultati vengono predefiniti in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Adeguate livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato	Economico e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.5		Verifica esclusiva/infunibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisoggo		Elusione della regola che determina l'esclusiva/infunibilità dei beni/servizi finalizzata a favorire specifici fornitori (o qualunque, riconosciuta una condizione di esclusiva/infunibilità non reale)	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		MEDIO	M	regolamentazione	1) Reglamentazione della procedura attraverso la quale si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusiva 2) Utilizzo di specifiche modalità complete agli richieste contrattuali, prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto 3) Valutazione economica da parte di figure tecniche sulla esclusiva/infunibilità	Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di Rete
2.6		Individuazione componenti gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato Tecnico		Individuazione Componenti Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori succenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la serietà e l'indipendenza e l'assenza di conflitti di interesse "potenziale" di interessi generati dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	livello di interesse esterno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		ALTO	A	scalficchio del conflitto di interessi	1) individuazione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e del tempo con eventuali interventi sostitutivi 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ed oggetti analoghi e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti (compatibilmente con le esigenze organizzative)	Economico e Logistica Patrimonio e Tecnologie Implantistiche, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di Rete
2.7		Scelta della procedura di aggiudicazione		Elusione regole affidamento appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore Abuso disposizioni in materia di determinazione valore stimato del contratto al fine di escludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere Elusione regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	1) inserimento nella Determina a contrare il sistema di indagine e determina di affidamento delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale 2) Verifica rispetto agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti 3) Applicazione del "regolamento per i contratti sottostipiti" 4) Utilizzo della piattaforma SATER, del MEPA CONSP, per l'individuazione degli operatori da consultare.	Economico e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.8		Predispozione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, items di valutazione qualità e definizione importo a base di gara		Predispozione documenti di gara con criteri ammissione finalizzati a restringere i concorrenti. Definizione criteri valutazione qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o a restringere il mercato Condizioni di potenziale intrinseca "potenziale" di interessi generati dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. Clausole contrattuali vaghe o restrittive per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione Fuga di notizie circa le procedure e di gara ancora da pubblicare	livello di interesse esterno	indagata diffusivo della cultura della legalità		ALTO	A	regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari	1) utilizzo documenti standard conformi alle normative e ai bandi tipo ANAC 2) Sostituzione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità a parti di allegati cui inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di grave inosservanza delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo	Economico e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
2.9		Predispozione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) inferiori a €40.000		Condizione di potenziale intrinseca "potenziale" di interessi generati dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore	livello di interesse esterno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		MEDIO	M	regolamentazione	1) Reglamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con relazione dei fornitori "regolamento per i contratti sottostipiti" 2) Utilizzo della piattaforma SATER o MEPA CONSP, per l'individuazione degli operatori da consultare	Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche e Tecnologie Sanitarie di Rete
2.10		Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali. Accettazione comitati d'uso		Terminato dal fornitore di fidelizzare l'utente (Professione/Azienda Sanitaria). Elusione ordinaria procedure di acquisizione. Acquisizione di prodotti dedicati a/o costi di gestione. Fabbisogno indotti non programmati. Conflitti di interesse tra professionisti e associazioni	livello di interesse esterno	indagata diffusivo della cultura della legalità		ALTO	A	regolamentazione	Applicazione procedure aziendali	Economico e Logistica Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
3	SELEZIONE DEL CONTRANTE	Applicazione criteri specifici definiti nel capitolato ed eventuale nomina Commissione aggiudicatrice per la valutazione delle offerte	valutazione amministrativa idoneità della documentazione di gara e valutazione delle offerte									Economico e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Implantistiche
3.1		Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER, MEPA)		Inadeguata pubblicità	livello di interesse esterno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmisione della comunicazione. 2) utilizzo della piattaforma SATER/ MEPA per l'individuazione degli operatori da consultare	Patrimonio e Tecnologie Implantistiche

prog.	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	RISCHI & ANOMALIE	INDICATORI DI RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
1.2	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroga termini			Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante (emotività concessione di proroga rispetto al termine previsto dal bando)	livello di interesse esterno	manca di trasparenza		BASSO	B	trasparenza	1) Accessibilità documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza motivazioni e supporto concessione proroga termine presentazione offerte	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
1.3	Validazione documentazione amministrativa			Azioni e comportamenti tesi a restringere partecipanti alla gara	grado di discrezionalità del decisore interno	scarsa responsabilizzazione interna		BASSO	B	controllo	1) Verbalizzazione seduta di gara e check list di controllo documenti bando	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
1.4	Nomina Commissione Giudicatrice			Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori socorsi) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	livello di interesse esterno	inadeguata diffusione della cultura della legalità		ALTO	A	disciplina del conflitto di interessi	1) composizione Commissione con figure tecniche e professori qualificati per competenza e/o provenienza aziendale. 2) sottoscrizione, da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione e dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interesse personale	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
1.5	Validazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa			Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione Assenza criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata	livello di interesse esterno	inadeguata diffusione della cultura della legalità		ALTO	A	trasparenza	1) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione. 2) Formule di aggiudicazione riportate nella documentazione amministrativa	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
1.6	Verifica anomalia delle offerte			Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o crediti Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato necessarie competenze tecniche Assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta Accortazione giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza	livello di interesse esterno	inadeguata diffusione della cultura della legalità		MEDIO	M	trasparenza	1) valutazione effettuata dalla Commissione giudicatrice e dal RUP. 2) verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità che dà conto delle motivazioni a sostegno della scelta	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
1.7	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula			Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario pro dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per premettere l'aggiudicazione e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria	grado di discrezionalità del decisore interno	scarsa responsabilizzazione interna		ALTO	A	controllo	utilizzo, se e quando dovuto, del sistema AnVas/PC o mediante verifiche presso gli enti competenti ai controlli a campione	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
1.8	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione dell'aggiudicazione definitiva			Violazione regole di tutela della trasparenza, procedura al fine di evitare o ritardare proposizione di ricorsi	livello di interesse esterno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal codice appalti	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche Economato e Logistica
1.9	Annullamento della gara/revoca bando			Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si era medio/diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di trasparenza		BASSO	B	trasparenza	Respetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca.	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
4	VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO	esito dei lavori di verifica e valutazione dei contratti e delle offerte	determina di aggiudicazione e stipula del contratto									Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
4.1	Stipula contratto/adesione alla convenzione ed emissione ordinativo di fornitura			Immediato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	grado di attuazione delle misure di trattamento	manca di trasparenza		MEDIO	M	regolamentazione	Sottoscrizione del contratto nei tempi di legge.	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
4.2	Individuazione direttore esecuzione contratto			Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prohabito ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		MEDIO	M	disciplina del conflitto di interessi	1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5	ESECUZIONE DEL CONTRATTO	stipula del contratto e nomina del DEC	gestione del contratto e verifica/monitoraggio delle fasi di esecuzione									Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.1	Autorizzazioni al subappalto			Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della cassa al fine della qualificazione dell'attività come subappalto per evitare le disposizioni e i limiti di legge. Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore Accordi collettivi tra imprese partecipanti che utilizzano il subappalto	livello di interesse esterno	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		MEDIO	A	regolamentazione	Adempimenti delle prescrizioni di legge in materia di subappalto	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.2	Ammissione delle varianti			Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo scotto effettuato in sede di gara e di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara) inserimento nuovi prezzi	livello di interesse esterno	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		ALTO	A	controllo	1) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla relazione varianti 2) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Asimda adeguatamente motivato in ordine di rispetto delle fatture normative 3) Montaggio di non sfarimento dal "senso quinto"	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.3	Verifiche in corso di esecuzione dei contratti			Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma, al fine di evitare l'applicazione di penali o il risulato del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. Accettazione materiali in cantiere non conforme al capitolato Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari (uso non giustificato di materiali fuori contratto)	grado di attuazione delle misure di trattamento	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		MEDIO	M	controllo	Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto.	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.4	Verifica disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) e Documento Unico di Valutazione dei rischi interferenziali (DUVR)			Mancato rispetto delle disposizioni previste dal PSC	grado di attuazione delle misure di trattamento	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		ALTO	A	controllo	Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/PSI a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) applicazione misure previste dal DUVR in riferimento alla procedura aziendale sui rischi da interferenza	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.5	Apposizione di riserve			Apposizione riserve generiche e a cui consegue una incertezza inibizione dei costi	grado di attuazione delle misure di trattamento	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Riserva adesione al Codice degli Appalti	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.6	Gestione delle controversie. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternative a quelli giurisdizionali, durante la fase di esecuzione del contratto			Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecuzione. Gestione Collegio Consultivo Tecnico art. 5 DL Semplificazione	livello di interesse esterno	manca di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ai tribunali 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri Contenuti	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
5.7	Effettuazione pagamenti in corso di esecuzione del contratto			Pagamenti indebiti	grado di attuazione delle misure di trattamento	inadeguatezza o scarsa completezza del personale adibito ai processi		MEDIO	M	controllo	Completa informatizzazione del Ciclo Passivo Acquisti con emissione di ordini elettronici per beni e servizi; applicazione regolamentazione nazionale (MEF) e regionale (linea guida NCO)	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
6	RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO	fase finale di esecuzione del contratto	coltudo									Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
6.1	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)			Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante Rilascio del certificato di collaudo/registrazione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prohabito ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		MEDIO	M	rotazione	In caso di affidamento a personale interno, rotazione del personale in caso di affidamento ad esterni, ricorso ad elenco di professionisti disponibili alla voce merceologica "servizi Professionisti" sul portale del Mercato (strumento della Public Administration (MAPA)	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
6.2	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità			Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante Rilascio del certificato di collaudo/registrazione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	livello di interesse esterno	inadeguata diffusione della cultura della legalità		MEDIO	M	disciplina del conflitto di interessi	1) Verbal di collaudo. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
7	ALTRI PROCESSI INTERNI	Patrimonio (beni immobili, mobili e attrezzature) di proprietà o detenuta da parte dell'azienda	gestione del patrimonio									Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Economato e Logistica, Tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete

prog.	PROCESSO/FASE	INPUT	OUTPUT	RISCHI E ANOMALIE	INDICATORI DI RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
7.1	Contratti antimafia in procedure di appalto ed esecuzione contratti			Infiltrazioni mafiose	grado di attuazione delle misure di trattamento	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	M	controllo	Applicazione normativa di riferimento e controlli a campione	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
7.2	Gestione inventario beni			Perdita o sottrazione di beni di proprietà delle Aziende	grado di attuazione delle misure di trattamento	scarsa responsabilizzazione interna		BASSO	B	reglamentazione	Applicazione procedura PAC aziendale	Economato e Logistica e Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
7.3	Gestione beni immobili			Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello delle Aziende	livello di interesse esterno	mancanza di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Pubblicazione in "Amministrazione trasparente" dell'elenco degli immobili di proprietà	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
7.4	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili			Approvazione di acquisti, vendite o permuta di immobili non connessi ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative Aziendali	livello di interesse esterno	mancanza di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Formulazione della proposta da parte del Direttore Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e della Direzione Generale	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
7.5	Atti di locazione attiva o passiva			Approvazione di acquisizione o di concessione di locali in locazione non connessa ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative Aziendali	livello di interesse esterno	mancanza di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Atto di programmazione aziendale	Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche
7.6	Rimborsi di cassa economale			Rimborsi di spese non imputabili all'Azienda oppure di spese fittizie	grado di attuazione delle misure di trattamento	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	M	controllo	Proseguimento nella riduzione degli importi dei rimborsi effettuati con cassa economale (al netto dei pagamenti relativi a corsi di aggiornamento in quanto non posti sotto il controllo del gestore della cassa economale) e verifiche periodiche	Economato e Logistica
7.7	Gestione del materiale in giacenza Magazzino			Scorrette modalità di stoccaggio, conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (Rischio collusione o favoreggiamento fornitore	grado di attuazione delle misure di trattamento	scarsa responsabilizzazione interna		BASSO	B	controllo	Definizione annuale indice di rotazione scorte da parte della Direzione Generale	Economato e Logistica
7.8	Programmazione investimenti			Incongrua valutazione delle priorità per ingiusti vantaggi a terzi	livello di interesse esterno	mancanza di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Valutazione in sede di negoziazione di budget delle priorità	Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
7.9	Affidamento servizi manutentivi			Incongrua assegnazione del servizio per favorire ingiusti vantaggi a terzi	grado di discrezionalità del decisore interno	mancanza di trasparenza		MEDIO	M	trasparenza	Le tecnologie da sottoporre a contratti manutentivi sono valutate attraverso una procedura di classificazione del rischio, alla progressa storia manutentiva ed al rischio di continuità dell'erogazione e dei costi, previa verifica delle eventuali condizioni di esclusività tecnica	Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete
7.10	Divisione ed esecuzione dei contratti di fornitura di beni e di servizi Manutentivi			Incongrua attestazione della corretta esecuzione per favorire ingiusti vantaggi a terzi	grado di discrezionalità del decisore interno	esclusiva prolungata ed esclusiva della responsabilità di un processo da parte di pochi		ALTO	A	rotazione	Rotazione degli incarichi per Direttore dell'Esecuzione ed assistenti, compatibilmente con le esigenze organizzative.	Economato e Logistica, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e tecnologie Sanitarie e Informatiche Sanitarie di rete

MAPPATURA PROCESSI - AREA RISORSE UMANE

MACROAREA	AREA	PROCESSO	INPUT	OUTPUT	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI Interessati al processo
<b>PROGRAMMAZIONE</b>	Programmazione fabbisogno	Planificazione aziendale fabbisogni risorse umane	Individuazione fabbisogno risorse umane	Delibera adozione del Piano Triennale dei fabbisogni	Direzione generale /Servizio Risorse Umane
<b>AREA RECLUTAMENTO</b>	1.1 PERSONALE DIPENDENTE	1.1.1 Acquisizione personale dipendente attraverso procedure concorsuali o selettive	1.1.1 Richiesta gestore	1.1.1 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.1.1 Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane, Centro per l'impiego
		1.1.2 Conferimento incarichi Direttori di Struttura Complessa	1.1.2 Piano triennale dei Fabbisogni	1.1.2 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.1.2 Direzione Aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.1.3 Conferimento di incarichi ex art. 15 septies e 15 octies D.Lgs-502/92	1.1.3 Richiesta Gestore	1.1.3 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.1.3 Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.1.4 Assunzione categorie protette	1.1.4 Posti non coperti riservati alle categorie protette	1.1.4 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.1.4 Centro collocamento mirato disabili, Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.1.5 Mobilità in entrata	1.1.5 Domanda congiunta dipendenti	1.1.5 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro/diniego	1.1.5 Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane, Altro Ente
		1.1.6 Comando/assegnazione temporanea in entrata	1.1.6 richiesta gestore/Richiesta all'Azienda di appartenenza	1.1.6 Acquisizione in comando/ Diniego	1.1.6 Altro ente/ Direzione di U.O., Servizio Risorse Umane
	1.2 RECLUTAMENTO PERSONALE ATIPICO	1.2.1 Conferimento di incarichi di lavoro autonomo	1.2.1 Richiesta gestore	1.2.1 Sottoscrizione disciplinare d'incarico	1.2.1 Direzione Aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.2.2 Assegnazione borse di studio tramite procedura selettiva	1.2.2 Richiesta gestore	1.2.2 Sottoscrizione disciplinare d'incarico	1.2.2 Direzione Aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.2.3 Gestione procedure di conferimento incarico a personale convenzionato	1.2.3 Richiesta gestore	1.2.3 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.2.3 Direzione Aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.2.4 Acquisizione del personale tramite agenzie lavoro interinale	1.2.4 Richiesta gestore	1.2.4 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro con Agenzia/Attivazione rapporto interinale	1.2.4 Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane
		1.2.5 Assunzione di personale non programmato per situazioni di emergenza	1.2.5 Stato di emergenza	1.2.5 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	1.2.5 Direzione aziendale, Servizio Risorse Umane
2. GESTIONE RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE	2.1 Immatricolazione del dipendente, tenuta e aggiornamento dei fascicoli personali	2.1 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	2.1 Cessazione rapporto lavoro	2.1 Servizio Risorse Umane	
	2.2 Adempimenti relativi applicazione Istituti Contrattuali (CCNL)	2.2 Istanza del dipendente	2.2 Autorizzazione/diniego	2.2 Direzione di U.O., Servizio Risorse Umane	
	2.3 Gestione istituti normativi della P.A. applicati alla Sanità	2.3 Istanza del dipendente	2.3 Autorizzazione/ Diniego se assenza requisiti	2.3 Servizio Risorse Umane	
	2.4 Comandi e assegnazioni temporanee	2.4 richiesta azienda di destinazione/istanza del dipendente	2.4 Assegnazione in comando/Diniego	2.4 Altro ente/ Direzione di U.O., Servizio Risorse Umane	
	2.5 Part time/ Impegno ridotto	2.5 Istanza del dipendente	2.5 Sottoscrizione appendice contatto individuale di lavoro	2.5 Direzione di U.O., Direzione Aziendale, Servizio Risorse Umane	
	2.6 Incarichi extra istituzionali	2.6 Istanza del dipendente	2.6 Autorizzazione/ diniego per incompatibilità	2.6 Servizio Ispettivo, Servizio Risorse Umane	
	2.7 Infortuni/Malattie professionali	2.7 Certificato di infortunio del Ps o MMG	2.7 Denuncia di infortunio o di Malattia Professionale all'INAIL	2.7 Servizio Risorse Umane	
	2.8 Mobilità				
	2.8.1 in uscita	2.8.1 Richiesta dipendente	2.8.1 Autorizzazione/ Diniego	2.8.1 Direzione di U.O., Servizio Risorse Umane	

MAPPATURA PROCESSI - AREA RISORSE UMANE

MACROAREA	AREA	PROCESSO	INPUT	OUTPUT	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI Interessati al processo	
AREA GIURIDICA		2.8.2 interna	2.8.2 Accordo sindacale/Regolamento/Richiesta	2.8.2 Assegnazione nuova destinazione	2.8.2 Direzione di U.O ,Servizio Risorse Umane	
		2.9 Cessazione rapporto di lavoro	2.9 Relazione gestore/Comunicazione del dipendente	2.9 Cessazione	2.9 Direzione di U.O ,Servizio Risorse Umane	
		2.10 Ricostituzione rapporto di lavoro	2.10 Richiesta ex dipendente	2.10 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro/diniogo	2.10 Direzione di U.O ,Direzione Aziendale ,Servizio Risorse Umane	
		2.11 Inidoneità al lavoro	2.11 Parere collegio medico aziendale o commissione medica di verifica	2.11 Nuovo collocamento aziendale	2.11 Collegio medico, Servizio Risorse Umane,Direzione di U.O	
		2.12 Convenzionamento personale universitario	2.12 Richiesta Università	2.12 Convenzione	2.12 Servizio Rapporti Istituzionali	
	3. SVILUPPO CARRIERA	3.1 Passaggi orizzontali nell'ambito della stessa categoria e livello economico	3.1 Accordo integrativo	3.1 Sottoscrizione CIL	3.1 Servizio Risorse Umane	
		3.2 Conferimento di: 3.2.1 Incarichi Dirigenziali 3.2.2 Incarichi di funzione	3.2 Programmazione Aziendale	3.2 Sottoscrizione contratto per conferimento incarico	3.2 Direzione Aziendale , Direzione di U.O ,Servizio Risorse Umane	
		3.3 Valutazione del personale dirigente	3.3 Maturazione requisiti	3.3 Atto/ sottoscrizione contratto	3.3 Direzione Aziendale , Direzione di U.O ,Servizio Risorse Umane	
		3.4 Conferimento incarichi di sostituzione Direttori di Strutture	3.4 Richiesta di sostituzione	3.4 Conferimento incarico	3.4 Direzione Aziendale ,Servizio Risorse Umane	
	4.GESTIONE PRESENZE/ASSENZE	4.1 Gestione presenze e assenze e controllo variabili da timbratura	4.1 Verifica congruità dati cartellino, giustificativi e variabili da timbratura	4.1 Passaggio flusso all'ufficio TE per cedolino e chiusura mensile del cartellino marcatempo per i dati di debito orario	4.1 Servizio Risorse Umane	
	AREA ECONOMICA	5. GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO	5.1 Gestione trattamento economico di base del personale dipendente	5.1 Inquadramento economico previdenziale e fiscale in base alla qualifica in base ai contratti	5.1 Elaborazione cedolino	5.1 Servizio Risorse Umane/ Settore
			5.1.2 - Gestione Trattamento Economico personale Universitario	5.1.2 Attribuzione dell'inquadramento economico . Il trattamento previdenziale viene rimborsato da AOU a UNI che provvede al versamento	5.1.2 Elaborazione valori economici	5.1.2 Ufficio gestione rapporto di lavoro per personale universitario
			5.2 - Gestione trattamento economico personale parasubordinato	5.2Inquadramento economico, previdenziale e fiscale	5.2 Elaborazione cedolino	5.2 Servizio Risorse Umane/ Settore
			5.2.1 Trattamento economico componenti esterni per commissioni e comitati	5.2.1 Atto di nomina	5.2.1 Elaborazione cedolino	5.2.1 Servizio Risorse Umane/ Settore
5.2.2 Trattamento economico Direzione Generale, Collegio sindacale			5.2.2 Atto di nomina	5.2.2 Elaborazione cedolino e/o liquidazione fattura	5.2.Servizio Risorse Umane/ Settore, U.O. bilancio	
5.3 Gestione liquidazione personale con rapporto di lavoro autonomo di tipo occasionale e/o titolare di partita iva			5.3 Richiesta pagamento ore	5.3 Liquidazione fatture	5.3 U.O. Bilancio	
5.4 Gestione trattamento economico accessorio (intramoenia e prestazioni aggiuntive)			5.4 Caricamento flussi da RP/CSV	5.4 Elaborazione cedolino	5.4 Servizio Risorse Umane/ Settore	

MAPPATURA PROCESSI - AREA RISORSE UMANE

MACROAREA	AREA	PROCESSO	INPUT	OUTPUT	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI Interessati al processo
		5.5 Liquidazione attività di consulenza attiva	5.5 Richiesta da altra Azienda per attivazione convenzione	5.5 Riconoscimento economico	5.5 Servizio Risorse Umane/ Settore
		5.6 Gestione rimborso spese varie e di missione	5.6 Richiesta del dipendente	5.6 Elaborazione cedolino ex CCNL/regolamento aziendale	5.6 Servizio Risorse Umane/Settore
		5.7 Gestione piccoli prestiti e cessioni del quinto/Gestione pignoramenti	5.7 Richiesta del dipendente/ Richiesta da agenti riscossione-tribunale	5.7 Elaborazione cedolino	5.7 Servizio Risorse Umane/ Settore
		5.8 Gestione ritenute	5.8 Richiesta del dipendente	5.8 Elaborazione cedolino	5.8 Servizio Risorse Umane/ Settore, U.O..bilancio
		5.9 Gestione successioni ed eredi	5.9 Istanza degli aventi diritto	5.9. Elaborazione Cedolino	5.9 Servizio Risorse Umane/ Settore
		5.10 Adempimenti obblighi dichiarativi	5.10 Adempimento di legge	5.10 Elaborazione/invio dichiarazioni	5.10 Servizio Risorse Umane/ Settore
		5.11 Gestione Inail ed Autoliquidazione	5.11 Adempimento di legge	5.11 Elaborazione dichiarazione	5.11 Servizio Risorse Umane/ Settore, U.O..bilancio
		5.12 Gestione economica certificazioni fiscali e previdenziali	5.12 Elaborazione dati per adempimenti di legge o a domanda	5.12 Elaborazioni certificazioni/dichiarazioni	5.12 Servizio Risorse Umane/ Settore
	6.GESTIONE	6.1 Gestione posizione previdenziale obbligatoria e integrativa	6.1 Istanza del dipendente/Amministrazione	6.1 Istruttoria per definizione della prestazione	6.1 Servizio Risorse Umane/ Settore
	PREVIDENZIALE	6.2 Gestione riscatti/ricongiunzione	6.2 Istanza del dipendente	6.2 Istruttoria della pratica	6.2 Servizio Risorse Umane/ Settore,Inps
	AREA RELAZIONI ESTERNE	7 GESTIONE RELAZIONI SINDACALI	7.1 Gestione contrattazione integrativa	7.1 CCNL/ Esigenza Aziendale	7.1 Informazione/ confronto/accordo
DEBITI INFORMATIVI	8. FLUSSI INFORMATIVI	8.1 Flussi e debiti Informativi interni (dotazione organica, passaggi intra/extra moenia, rilevazione fondi contrattuali ...)	8.1 Richiesta Direzione/gestore	8.1 produzione Flusso	8.1 Servizio Risorse Umane
		8.2 Flussi e debiti Informativi esterni (conto annuale, rilevazione Unica, Censimento Istat...)	8.2 Richiesta Ente/Istituzione	8.2 produzione Flusso	8.2 Servizio Risorse Umane

DIREZIONE AZIENDALE = DG,DS,DA,DASS,DIR.ASS, DIR.DIP.

DIREZIONE DI U.O.= DIRETTORI UOC/UOS

SERVIZIO RISORSE UMANE/ SETTORE= SETTORE ECONOMICO,FISCALE, PREVIDENZIALE

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Tempi di attuazione: 2024	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
C o n c o r s o p r e s b o n l a i l c e d p i e r r u a o l s o u n z i o n e	Definizione del bando e dei requisiti di partecipazione	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" - Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti	La normativa concorsuale declina i requisiti di accesso alla mansione a bando	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Presenza requisiti di accesso	100% bandi	Semestrale	
	Pubblicazione del bando	Mancata o tardata pubblicazione	Pubblicazione su BUR e G.U. del Bando come da previsione normativa concorsuale	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Pubblicazione	100%	Semestrale	
	Nomina della commissione	Irregolare composizione della commissione di concorso	il sorteggio è pubblico e i nominativi vengono attinti ai ruoli nominativi regionali	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Pubblicazione	100%	Semestrale	
	Individuazione delle prove	Predisposizione di prove specifiche atte a favorire un partecipante	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Valutazione dei requisiti dei curricula	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti richiesti in relazione alla posizione da ricoprire e per attribuire i punteggi ai titoli	individuazione dei criteri di valutazione per la copertura del posto	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Definizione e applicazione criterio	100%	Semestrale	
	Svolgimento delle prove	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica; preterminazione dei criteri di valutazione delle prove.	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Valutazione delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto o indiretto	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Formazione della graduatoria	Esercizio abusivo o/ fraudolento di un potere discrezionale	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" - Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti	la verifica della dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atti di notorietà anche attraverso la verifica di iscrizioni all'ordine, ove prevista, attraverso il collegamento al sito per la verifica	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Deliberazione di assunzione	Non si rilevano comportamenti a rischio	individuazione del fabbisogno in riferimento al piano triennale dei fabbisogni	Regolamentazione	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Rispetto Piano fabbisogni	100%	Semestrale	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
C o n c o r r s i  l o n r t i z z a i o n p t e a r l i  p a s s a g g i	Definizione dell'eventuale bando (passaggi verticali), definizione dell'Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali)	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" -	La normativa contrattuale (passaggi verticali) Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali) definizione dei criteri	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Presenza requisiti di accesso	100% bandi	Semestrale	
	Valutazione dei requisiti d'ammissione	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Rotazione degli operatori preposti all'attività di verifica dei requisiti necessari all'ammissione	Rotazione	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Sul numero delle procedure selettive individuazione del numero delle procedure da assegnare a ciascun operatore	100% delle procedure selettive	Semestrale	
	Nomina della commissione (passaggi verticali)	IRREGOLARE COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE	Individuazione della figura apicale sul posto che è oggetto del passaggio verticale	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Publicazione nel sito istituzionale	100% delle procedure selettive	Semestrale	
	Individuazione dei criteri per l'attribuzione dei punteggi	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	individuazione preventiva dei criteri di valutazione per il passaggio verticale/orizzontale; per quest'ultimo si rinvia all'Accordo Integrativo Aziendale	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Preventiva definizione e applicazione criterio	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	
	Predisposizione e valutazione dei candidati e attribuzione dei punteggi	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, coerenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica; preterminazione dei criteri di valutazione	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, garantisce la regolarità della valutazione e della conseguente attribuzione dei punteggi	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	
	Formazione della graduatoria	Esercizio abusivo / fraudolento di un potere discrezionale	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, presidia ai lavori di formulazione della graduatoria finale	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	
	Provvedimento di inquadramento nel nuovo profilo professionale (per progressioni verticali/orizzontali)	nessun evento rischioso												

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fas/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Reclutamento nuovi assunti	Recipimento contratto di assunzione	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Verifica stato di servizio di altro ente	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
Conferimento incarico	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Recipimento atto di conferimento incarico													
Progressione orizzontale/verticale	Attribuzione economica dell'incarico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Gestione PEO e progressioni verticali	Impropria gestione dell'atto per per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto/ indiretto o perfini propri	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
Gestione trattamento economico personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa	Attribuzione inquadramento economico/Fascia	Attribuzione volontaria di inquadramento economico o fascia diverso dagli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Diffusione della determina di esito della procedura ai fini di un controllo diffuso	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Publicazione degli atti	100%	Semestrale	
	Recipimento atto di conferimento													
Gestione trattamento economico personale titolare di Borsa di studio	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Recipimento atto di conferimento													
Elaborazione cedolino stipendiale	Elaborazione del cedolino stipendiale	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Casistica rilevante	100%	Semestrale	
	Invio flusso per pagamento dello stipendio	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo dello schema da inviare al tesoriere da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito i flussi sul portale della banca	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
<b>Trattamento economico legato alle presenze in servizio</b>	Recepimento flusso da RP	Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri												
	Inserimento flusso RP su cedolino	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Casistica rilevante	100% Semestrale		
<b>Compensi da Libera Professione</b>	Recepimento flusso da UO L.P. in formato csv	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Casistica rilevante	100% Semestrale		
	Inserimento flusso su cedolino	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Casistica rilevante	100% Semestrale		
<b>Rimborsi Missioni</b>	Ricevimento autorizzazioni missioni	Impropria gestione della determina per fini propri	Autorizzazione del Dirigente del servizio per la liquidazione dei compensi	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza al regolamento della documentazione autorizzata dal Dirigente al fine di imputare correttamente i	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
<b>Compensi commissioni concorsi</b>	Ricevimento determine	Impropria gestione della determina per fini propri	Controllo di coerenza al fine di valutare la corretta attribuzione del compenso	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione dei compensi da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
<b>Gestione del sistema incentivante</b>	Analisi e recepimento dell'accordo aziendale	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza con gli accordi aziendali	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Aggiornamento e/o inserimento tabelle relative agli incentivi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta inserimento dei dati da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito le tabelle in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Inserimento tramite file elaborato dalla procedura stipendiale su cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo pre - post calcolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	RPCT	Casistica rilevante	100% Semestrale		

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Cessioni private	Richiesta del dipendente	Impropria gestione della richiesta per fini propri	Verifica di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
	Elaborazione ed invio certificato stipendiale	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
	Ricezione ed analisi del contratto	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Verifica dell'inerenza della documentazione rispetto alla normativa di riferimento	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
	Invio del benessere	Impropria gestione della pratica per fini propri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni stipendiali	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Attribuzione volontaria della quota diversa dagli atti contrattuali	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
Riscatti e Ricongiunzioni	Decreto dell'INPS	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		
Gestione pignoramenti	Recepimento cartella esattoriale o decreto ingiuntivo													
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAEP	RPCT	100% Semestrale		

**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA RISCHIO: AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

area di rischio	PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
INCARICHI E NOMINE	Conferimento incarichi a tempo determinato a MMG, PLS, continuità assistenziale	1	<b>FINALITA'</b> : Reclutamento risorse necessarie a garantire i servizi sanitari territoriali di riferimento	Approvazione Piano dei Fabbisogni, sulla base dei parametri definiti dal ACN e dall'Accordo regionale	copertura del fabbisogno	RER/ASSOT-DCP
		1.1	pubblicazione dell'avviso pubblico regionale e raccolta delle domande on line per le aziende			Regione Emilia Romagna
		1.2	predisposizione e approvazione delle graduatorie			ASSOT - DCP
		1.3	utilizzo della graduatoria			ASSOT - DCP
		1.4	conferimento degli incarichi a TD			ASSOT - DCP
		1.5	scelta del MMG/PLS			ASSOT - DCP
	Conferimento incarichi a tempo determinato a specialisti ambulatoriali	2	<b>FINALITA'</b> : Reclutamento risorse necessarie a garantire i servizi sanitari	rilevazione fabbisogno di personale	copertura del fabbisogno	RER/ASSOT-DCP
		2.1	pubblicazione avviso pubblico di selezione sul BUR, raccolta domande, predisposizione e pubblicazione graduatoria			Regione Emilia Romagna
		2.2	conferimento degli incarichi			ASSOT - DCP
ECONOMICO DIRETTO	Assistenza integrativa	1	<b>Erogazione ausili/presidi, sulla base di valutazione di appropriatezza prescrittiva, a carico dei LEA</b>	prescrizione medica	consegna dell'ausilio e/o presidio	ASSOT - DCP
		1.1	prescrizione medica			MMG o medico specialista
		1.2	valutazione requisiti da parte dell'ufficio protesica, valutazione del medico del DCP su appropriatezza della prescrizione, e autorizzazione al rilascio			ASSOT - DCP
		1.3	erogazione del presidio presso farmacie interna o farmacie esterne o soggetti esterni convenzionati o individuati a seguito di gara regionale			ASSOT - DCP, farmacie / esercizi convenzionati

MAPPATURA PROCESSI  
 AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI

area di rischio	PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI PRIVI DI BENEFICIO	Assistenza protesica	2	Erogazione ausili, sulla base di valutazione di appropriatezza prescrittiva, a carico dei LEA	prescrizione medica	consegna dell'ausilio e/o presidio	ASSOT - DCP
		2.1	prescrizione medica			MMG o medico specialista
		2.2	valutazione requisiti da parte dell'ufficio protesica, valutazione del medico del DCP su appropriatezza della prescrizione e autorizzazione al rilascio,			ASSOT - DCP
		2.3	erogazione del presidio presso soggetti esterni o individuati a seguito di gara regionale, di avve o di trattativa aziendale			ASSOT - DCP, esercizi commerciali
	Inserimenti in progetti terapeutici TIFO (DSM)	2				
Esenzioni ticket		1	rilascio dell'esenzione al ticket nelle varie casistiche previste dalla normativa			ASSOT - DCP
		1.1	esenzioni ticket per età	anagrafica assistiti	riconoscimento esenzione	ASSOT - DCP
		1.2	esenzioni ticket per reddito	flusso informatico MEF	riconoscimento esenzione	ASSOT - DCP
		1.3	esenzioni ticket per patologia	certificazione patologia, su istanza dell'utente	riconoscimento esenzione	ASSOT - DCP
		1.4	esenzioni ticket per invalidità	certificazione INPS, su istanza dell'utente	riconoscimento esenzione	ASSOT - DCP
		1.5	esenzioni ticket per disoccupazione	autodichiarazione assistito, su istanza dell'utente	riconoscimento esenzione	ASSOT - DCP
GESTIONE FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA - FRNA)						
GESTIONE FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA - FRNA) INSERIMENTO DISABILI IN STRUTTURE PER PROGETTI TERAPEUTICI						
		2	valutazione multidisciplinare del disabile ai fini dell'inserimento in strutture accreditate / non accreditate, e relativi adempimenti contabili a carico del FNA/FRNA	Valutazione multidisciplinare (UVM)	inserimento disabile in struttura e pagamento a carico dell'AUSL	ASP, UVM, AUSL (ASSOT-DCP-UOCF)

MAPPATURA PROCESSI  
 AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI

area di rischio	PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON BENEFICIO ECONOMICO DIRETTO		2.1	UVM: Valutazione disabile e individuazione struttura			UVM (ASP AUSL)
		2.2	inserimento disabile in struttura			ASP
		2.3	fatturazione presenza in struttura			ASP
		2.4	liquidazione fattura			AUSL ASSOT - DCP
		2.5	pagamento fattura			AUSL UOCF
	GESTIONE FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA - FRNA)- AREA ANZIANI	3	valutazione multidisciplinare dell'anziano ai fini dell'inserimento in struttura accreditata sulla base della graduatoria, e relativi adempimenti contabili a carico del FNA/FRNA	Valutazione multidisciplinare (UVM)	inserimento anziano in struttura e pagamento a carico dell'AUSL	<b>ASP, AUSL (ASSOT-DCP-UOCF)</b>
		3.1	UVM: Valutazione anziano			UVM (ASP AUSL)
		3.2	inserimento disabile in struttura accreditata sulla base della graduatoria			ASP
		3.3	fatturazione presenza in struttura			ASP
		3.4	liquidazione fattura			AUSL ASSOT - DCP
		3.5	pagamento fattura			AUSL UOCF
	GESTIONE FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA - FRNA) - ASSEGNI DI CURA PER ANZIANI E DISABILI	4	erogazione assegni di cura sulla base dei requisiti definiti da DGR, accertati da ASP, e relativi adempimenti contabili a carico del FNA/FRNA	domanda utente all'ASP	erogazione assegno di cura e pagamento a carico dell'AUSL	<b>ASP, AUSL (ASSOT-DCP-UOCF)</b>
		4.1	ricevimento istanza, valutazione requisiti ai sensi della DGR, graduatoria, erogazione del contributo sulla base della graduatoria, e fatturazione all'AUSL			ASP
		4.2	liquidazione fattura			AUSL ASSOT - DCP
		4.3	pagamento fattura			AUSL UOCF

MAPPATURA PROCESSI  
 AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI

area di rischio	PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
	GESTIONE FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA - FRNA) - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE	5	Erogazione del servizio sulla base del PAI definito dall'UVM/UVG, da parte delle cooperative con il contratto di servizio gestito da ASP e Circondario e AUSL Imola, e relativi adempimenti contabili a carico del FNA/FRNA	domanda dell'assistito o del parente/tutore ad ASP	erogazione del servizio a carico del FRNA e pagamento da parte dell'AUSL	ASP, CIRCONDARIO IMOLESE, AUSL ( ASSOT - DASS- DCP-UOCF), UVM/UVG
		5.1	richiesta utente all'ASP, valutazione UVM/UVG, definizione del PAI da parte dell'UVM/UVG,			ASP, UVM/UVG
		5.2	erogazione del servizio da parte delle cooperative sulla base del contratto di servizio gestito da ASP e Circondario e AUSL Imola			COOPERATIVE SOCIALI, ASP, CIRCONDARIO, AUSL
		5.3	fatturazione da parte da parte delle cooperative			COOPERATIVE SOCIALI
		5.4	liquidazione fattura			AUSL ASSOT - DCP
		5.5	pagamento fattura			AUSL UOCF
	Autorizzazioni/rimborso prestazioni sanitarie	6	erogazione del contributo all'assistito che ne fa richiesta previa valutazione dei requisiti sulla base della normativa e della documentazione prodotta	istanza dell'assistito	erogazione del contributo/rimborso	ASSOT - UOCF
		6.1	istanza di rimborso da parte dell'assistito			ASSOT
		6.2	valutazione requisiti sulla base della normativa e della documentazione prodotta			ASSOT
		6.3	Liquidazione del contributo /rimborso			ASSOT
ROGATORI	Accordi di fornitura con strutture private ( prestazioni ambulatoriali e diagnostica)	1	stipula di accordi con strutture accreditate sulla base dell' analisi del fabbisogno (committenza)	analisi del fabbisogno -committenza	accordo di fornitura con le strutture	ASSOT -UOCP -DCP
		1.1	analisi del fabbisogno (committenza)			UOCP-ASSOT
		1.2	individuazione della struttura			UOCP
		1.3	negoiazione volume e tariffe			UOCP

MAPPATURA PROCESSI  
 AREA AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, OSPEDALIERI E TERRITORIALI

area di rischio	PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
RAPPORTI CON SOGGETTI EF		1.4	accordo di fornitura			Direttore DCP
	Applicazione accordi di fornitura	2	apertura delle agende CUP, erogazione delle prestazioni, invio fatturazione mensile e flusso ASA sulle prestazioni erogate, controlli ed eventuale contestazione, liquidazione della fattura	accordo di fornitura	liquidazione delle fatture	ASSOT -UOCF
		2.1	apertura agende CUP			CUP
		2.2	erogazione delle prestazioni			strutture private accreditate
		2.3.	invio fatture mensile e flusso ASA sulle prestazioni erogate			strutture private accreditate/ASL competenza/RER
		a	controlli sulle fatture ed eventuali contestazioni, liquidazione fatture			ASSOT
		2.5	pagamento fattura			AUSL -UOCF





## INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno  
grado di discrezionalità del decisore interno  
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo  
opacità del processo decisionale  
grado di attuazione delle misure di trattamento  
altro

## STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO  
MEDIO  
BASSO

## TIPOLOGIA DI MISURA

controllo  
trasparenza  
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento  
regolamentazione  
semplificazione  
formazione  
sensibilizzazione e partecipazione  
rotazione  
segnalazione e protezione  
disciplina del conflitto di interessi  
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

## FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli  
mancanza di trasparenza  
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa  
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi  
scarsa responsabilizzazione interna  
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi  
inadeguata diffusione della cultura della legalità  
altro

## TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente  
misura da programmare nel triennio del PTPCT

## TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale  
semestrale

**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA RISCHIO: GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
GESTIONE DELLE ENTRATE	1	ciclo attivo: decentramento attività di fatturazione ai gestori tramite GAAC o altre procedure con regolarizzo incasso	emissione fattura attiva	regolarizzazione incasso tramite reversale	UOCF e UO decentrate
	1.1	Gestione anagrafiche clienti			
	1.2	Fatturazione attiva tramite GAAC o tramite importazione di documenti attivi da procedure esterne al gestionale contabile (da parte delle UO decentrate)			
	1.3	Controlli esiti delle fatture elettroniche emesse			
	1.4	Incassi			
GESTIONE DELLE USCITE	2	ciclo attivo: decentramento attività di fatturazione ai gestori tramite GAAC o altre procedure con regolarizzo incasso	ricezione fattura passiva	pagamento della fattura	UOCF e UO decentrate
	2.1	Gestione anagrafiche fornitori			
	2.2	Ricezione della fattura			
	2.3	Registrazione fatture			
	2.4	Verifiche Durc			
	2.5	Verifica Agenzia delle Entrate-Riscossione			
	2.6	Liquidazione della fattura			
	2.7	Pagamento della fattura			

MAPPATURA PROCESSI  
 AREA GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
	2.8	Comunicazione dei debiti scaduti da parte dell'U.O.C.F. ai servizi gestori			
	2.9	Ritardati pagamenti con emissione interessi moratori			
ATTIVITA' DI RECUPERO CREDITI SU FATTURE	3	Coordinamento delle attività necessarie al recupero del credito scaduto e non ancora incassato. Coordinamento di tavolo di incontri tra uffici gestori al fine della verifica della corretta applicazione della procedura. Pianificazione delle eventuali azioni legali/Agenzia delle Entrate-Riscossione. Rilevazione contabile degli eventuali esiti	credito scaduto	incasso del credito	UOCF e UO decentrate
	3.1	individuazione degli importi non incassati e del soggetto debitore			
	3.2	Invio del primo e secondo sollecito di pagamento da parte del servizio che ha erogato la prestazione			
	3.3	invio ad Agenzia delle Entrate - Riscossione previa informazione da parte delle UO decentrate all'UOCF			

**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA RISCHIO: GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO**

**REGISTRO DEI RISCHI**

prog	PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
1	<b>GESTIONE DELLE ENTRATE</b>															
1.1	Gestione anagrafiche clienti	non rilevato														
1.2	Fatturazione attiva tramite GAAC o tramite importazione di documenti attivi da procedure esterne al gestionale contabile (da parte delle UO decentrate)	mancata o parziale fatturazione	grado di discrezionalità del decisore interno		inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi		decentramento e controlli su attività resa e fatturata nelle singole unità	MEDIO	controllo	controlli attività fatturate	U.O. DECENTRATE (ASSOT DSP e libera professione)	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente			annuale	
1.3	Controlli esiti delle fatture elettroniche emesse	mancati controlli su completezza e correttezza dei dati inseriti nella fattura ai fini della remissione	livello di interesse esterno		eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa		elevato livello di informatizzazione e tracciamento del processo	BASSO	controllo		U.O. DECENTRATE (ASSOT DSP e libera professione)	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	percentuale delle fatture respinte rispetto a quelle emesse		annuale	
1.4	Incassi	non rilevabile														
2	<b>GESTIONE DELLE USCITE</b>															
2.1	Gestione anagrafiche fornitori	caricamento di una anagrafica scorretta nel registro regionale o attribuzione non corretta di informazioni (es. IBAN) a livello locale	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		manca di misure di controllo	MEDIO	regolamentazione	misure di separazione delle funzioni di gestione anagrafica fornitori/registrazione fatture/liquidazione e pagamento	UOCF	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		annuale		
2.2	Ricezione della fattura	non rilevabile														
2.3	Registrazione fatture	Creazione documento fittizio cartaceo/emissione di ordinativi di pagamento non dovuti	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		manca di misure di controllo	MEDIO	regolamentazione	misure di separazione delle funzioni di gestione anagrafica fornitori/registrazione fatture/liquidazione e pagamento	UOCF	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		annuale		
2.4	Verifiche Durc	mancata o scorretta verifica														
2.5	Verifica Agenzia delle Entrate-Riscossione	mancata o scorretta verifica														
2.6	Liquidazione della fattura	attestazione di liquidazione non conforme alla prestazione/servizio erogato. Rischio non rilevabile per l'acquisizione di beni	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli	scarsa possibilità di controllo di conformità della prestazione fatturata/esercizio dell'attività da parte di pochi/autoreferenzialità	MEDIO	regolamentazione	attività decentrata/previsione di controlli a campione/responsabilizzazione dei dirigenti e degli operatori	Servizi liquidatori	misura da programmare nel triennio del PTPCT		annuale		
2.7	Pagamento della fattura	non rilevabile														
2.8	Comunicazione dei debiti scaduti da parte dell'U.O.C.F. ai servizi gestori	non rilevabile														
2.9	Ritardati pagamenti con emissione interessi moratori	accordo con il fornitore per applicazione interessi moratori	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		livello di informatizzazione/pagamento entro la scadenza	BASSO	controllo	controlli massivi informatizzati	UOCF	misura da programmare nel triennio del PTPCT		annuale		
3	<b>ATTIVITA' DI RECUPERO CREDITI SU FATTURE</b>															
3.1	individuazione degli importi non incassati e del soggetto debitore	mancata o ritardata individuazione degli importi non incassati														
3.2	Invio del primo e secondo sollecito di pagamento da parte del servizio che ha erogato la prestazione															
3.3	invio ad Agenzia delle Entrate - Riscossione previa informazione da parte delle UO decentrate all'UOCF	mancata o ritardata segnalazione	livello di interesse esterno		manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli		manca di misure di controllo informatico rispetto alle fasi precedenti	BASSO	controllo	controlli a campione	UOCF	misura da programmare nel triennio del PTPCT		annuale		

## INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno  
grado di discrezionalità del decisore interno  
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo  
opacità del processo decisionale  
grado di attuazione delle misure di trattamento  
altro

## STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO  
MEDIO  
BASSO

## TIPOLOGIA DI MISURA

controllo  
trasparenza  
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento  
regolamentazione  
semplificazione  
formazione  
sensibilizzazione e partecipazione  
rotazione  
segnalazione e protezione  
disciplina del conflitto di interessi  
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

## FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli  
mancanza di trasparenza  
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa  
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi  
scarsa responsabilizzazione interna  
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi  
inadeguata diffusione della cultura della legalità  
altro

## TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente  
misura da programmare nel triennio del PTPCT

## TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale  
semestrale

**AREA RISCHIO: PROCESSI ICT**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FINALITA'/FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	MACRO PROCESSI COINVOLTI
Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati	1				Pianificazione e sviluppo delle applicazioni software, delle banche dati e delle infrastrutture di elaborazione delle informazioni nell'ottica della tutela della riservatezza
			Acquisizione di assett	Gestione in sicurezza e dismissione di Assett	
	1.1	Validazione in fase di acquisizione			
	1.2	Presenza in carico e gestione			
	1.3	Dismissione sicura degli assett al termine del ciclo di vita			
Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati	2				Pianificazione e sviluppo delle applicazioni software Gestione dei sistemi informatici, delle banche dati e delle reti di comunicazione al fine di tutelare l'integrità del dato
			Acquisizione di applicativi ed assett volti alla elaborazione dei dati	Gestione in sicurezza e dismissione di Assett	
	2.1	Validazione			
	2.2	Presenza in carico			
	2.3	Configurazione secondo le specifiche del titolare/responsabile			
Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersicurezza)	3				Gestione degli assett informatici e dei Dispositivi medici e delle reti di comunicazione al fine di tutelare la continuità di servizio
			Richiesta di intervento	Rapporto d'intervento	
	3.1	Validazione (in particolare discriminare fra guasto ed evento di Cybersicurezza)			
	3.2	Presenza in carico			
	3.3	Effettuazione dell'intervento volto a ripristinare la continuità di servizio			
Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza	4				Responsabilità e gestione della sicurezza informatica
			Assett, processi aziendali e analisi dei rischi	Sistema di gestione della sicurezza informatica formalizzato	
	5.1	Analisi dei rischi			
	5.2	Implementazione delle misure di protezione			
	5.3	Implementazione dei sistemi di monitoraggio			
	5.4	Implementazione delle misure di contenimento e ripristino e gestione delle "Lesson Learned"			

AREA RISCHIO: PROCESSI ICT

Nota bene: nel presente documento sono riportati in forma sintetica rischi e misure collegate alla prevenzione della corruzione. Sono in corso con scadenze 2025-2026 la redazione di documenti specifici previsti per ottemperare alla Direttiva (UE) 2022/2555 (c.d. Direttiva NIS 2) recepita in Italia il 16 ottobre 2024 è entrato in vigore il Decreto Legislativo 4 settembre 2024, n. 138, volta a garantire a livello europeo un livello comune elevato di cibersicurezza

REGISTRO DEI RISCHI

prog	PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	MONITORAGGIO E INDICATORI	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	note
1.0	Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati	Accesso indebito di personale autorizzato / abuso delle credenziali / accesso indebito da parte di personale non autorizzato: a) Comunicazione di informazioni a soggetti terzi non autorizzati che ne possono trarre vantaggi;	altro		inadeguata diffusione della cultura della legalità		* Mancanza di proceduralizzazione delle attività legate al processo; * Difficoltà di delimitazione del campo di azione e di monitoraggio delle attività degli amministratori di sistema.  Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo.	BASSO	definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento	Prevenzione del rischio di comunicazione fraudolenta di informazioni : * mirata attribuzione di responsabilità a personale adeguatamente formato; * registrazione di ogni accesso ai dati nei log di sistema; * implementazione di strumenti di reportistica ed analisi avanzata dei log di sistema (in progettazione).	Verifica periodica a campione dell'attività degli amministratori di sistema	ICT	misura da programmare nel triennio del PTPCT	N° di accessi anomali	→ 0	annuale	
2.0	Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati	Alterazione o cancellazione di dati ed informazioni a seguito di accesso indebito o anche legittimo: a) Alterazione o cancellazione di dati ed informazioni a favore di soggetti terzi non autorizzati	livello di interesse esterno	altro	altro	scarsa responsabilizzazione interna	* Mancanza di proceduralizzazione delle attività legate al processo; * Difficoltà di delimitazione del campo di azione e di monitoraggio delle attività degli amministratori di sistema.  Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo.	BASSO	formazione	* Prevenzione del rischio di alterazione/cancellazione fraudolenta delle informazioni;	Verifica periodica a campione dell'attività degli amministratori di sistema	ICT	misura da programmare nel triennio del PTPCT	N° di accessi anomali	→ 0	annuale	
3.0	Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cibersicurezza)	Ritardo od omissione fraudolenta di risoluzione del guasto o di risoluzione di evento di Cybersecurity	grado di attuazione delle misure di trattamento		inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi		* Non sempre gli interventi sono svolti in modo tempestivo ed efficace a causa di sottovalutazione o analisi parziale del problema. In altri casi il ritardo nella risoluzione del problema può essere causato da una scarsa proceduralizzazione delle attività di ripristino.  Questi fattori possono produrre conseguenze sulla continuità operativa anche di strutture critiche, ma in genere non è frutto di una volontà fraudolenta bensì di procedure non sempre ben definite o scarsa consapevolezza.	BASSO	controllo	* Implementazione di procedure di ripristino e formazione del personale * Implementazione della procedura prevista entro fine 2025 della direttiva NIS2	monitoraggio tempi di ripristino e indicatori di mancata funzionalità delle infrastrutture chiave	ICT	misura da programmare nel triennio del PTPCT	N° di non conformità rilevate rispetto agli indicatori temporali	→ 0	annuale	
4.0	Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza	Bypass o abbassamento delle misure di sicurezza, allo scopo di facilitare un accesso fraudolento all'infrastruttura ICT  Mascheramento o ritardata segnalazione di una intrusione o violazione di sicurezza	grado di attuazione delle misure di trattamento	livello di interesse esterno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		* Proceduralizzazione e pianificazione delle attività legate al processo da migliorare; * Difficoltà di dedicare all'attività, possibilmente a tempo pieno, personale con specifica professionalità.  Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo, nonché da numerose misure di sicurezza in atto e in corso di sviluppo relativamente al tema generale della cybersecurity, e che comunque incidono positivamente anche sui rischi corruttivi.	BASSO		* backup dei dati Periodici (giornalieri per i sistemi più critici) * registrazione di log di attività di Bypass o abbassamento delle misure di sicurezza	Verifica a campione della effettuazione del Back Up Verifica a campione di eventuali anomalie di sicurezza	ICT	misura da programmare nel triennio del PTPCT	N.sp. di BackUp non eseguiti secondo la tempistica prevista n. anomalie	→ 0	annuale	

## AREA RISCHIO: LIBERA PROFESSIONE

## MAPPATURA PROCESSI

PROCESSO	prog	FASE	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE			Pianificazione attività libero professionale ambulatoriale	erogazione prestazione da parte del professionista e relativi adempimenti di controllo e amministrativo-contabili	
	1.1	Pianificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) autorizzazioni studi professionali			Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ Direzioni dipartimenti territoriali/DIT/UE Libera Professione
	1.2	Autorizzazione/variazione erogazione alp individuale/equipe			Direzione Medica Presidio/ Direzioni dipartimenti territoriali/DIT/UE Libera Professione
	1.3	Apertura agende su infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis			UE Libera Professione/ASSOT (gestione agende)
	1.4	Prenotazione su agende LEPIDA(infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis)			Call center Lepida/ASSOT (gestione agende)
	1.5	Pagamento con contestuale emissione fattura (*)			UE Libera Professione/ASSOT (CUP)
	1.6	Erogazione Libera professione (accettazione utente, erogazione prestazione e refertazione su sistema gestionale integrato nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis			Medico erogatore / supporto infermieristico
	1.7	Acquisizione dati attività mensile erogata (presente nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a- bis) nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP (prestazioni erogate/quantità tipologie date e orari / incassi)			UE Libera Professione
	1.8	Controlli sull'attività erogata LP medici			UE Libera Professione / UOTSIR
	1.9	Controlli sull'attività erogata LP per supporto			UE Libera Professione / UOTSIR
	1.10	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto			UE Libera Professione
	1.11	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi			UE Libera Professione
	1.12	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto			UE Libera Professione

MAPPATURA PROCESSI - AREA LIBERA PROFESSIONE

	1.13	monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso ASA (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)			UO Libera Professione/Osservatorio ALP
LIBERA PROFESSIONE IN REGIME DI RICOVERO			Pianificazione attività libero professionale in regime di ricovero	erogazione prestazione da parte dell'equipe e relativi adempimenti di controllo e amministrativo-contabili	
	2.1	Pianificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) verifica e approvazione tariffari di ricovero			Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ DIT/UO Libera Professione
	2.2	Autorizzazione all'esercizio LP inserimento medico nella equipe chirurgica della UO di riferimento, inserimento nelle convenzioni con assicurazioni e fondi sanitari			Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ DIT/UO Libera Professione
	2.3	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)			Medico
	2.4	Emissione preventivo al paziente sulla base della richiesta del medico			Medico/UO Libera Professione
	2.5	Programmazione ricovero: verifica spazi/sale disponibili con CPSE			Medico/DIT/UO Libera Professione
	2.6	Programmazione del ricovero e pianificazione delle note operatorie			Medico/DIT/UO Libera Professione
	2.7	Pagamento anticipato 100% prestazione o ricevimento presa in carico da società assistenza complementare			UO Libera Professione/ASSOT (CUP)
	2.8	prestazione di ricovero / chirurgica			Medico /DIT
	2.9	Controlli sull'attività erogata medici			UO Libera Professione / UOTSIR
	2.10	Controlli sull'attività erogata pers supporto			UO Libera Professione / UOTSIR
	2.11	Controlli sull'attività erogata (coerenza DRG)			UO Libera Professione/ASSOT (Uff.Ricoveri)
	2.12	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto			UO Libera Professione / UOTSIR
	2.13	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi			UO Libera Professione
	2.14	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto			UO Libera Professione
	2.15	monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso CdG (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)			UO Libera Professione/Osservatorio ALP

## AREA RISCHIO: LIBERA PROFESSIONE

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO

## PROCESSO: Attività libero professionale ambulatoriale

prog	FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO			Valutazione complessiva rischio	Motivazione
1.1	Pianificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) autorizzazioni studi professionali	Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ Direzioni dipartimenti territoriali/DIT/ UO Libera Professione	Congruietà con Regolamento ALP	Possibile disparità di trattamento dei Medici in funzione degli spazi concessi	manca di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	B M = M	Eventuali pressioni esterne sono contemplate da una Regolamentazione puntuale in materia.
1.2	Autorizzazione/variazione erogazione alp individuale/equipe	Direzione Medica Presidio/ Direzioni dipartimenti territoriali/DIT/ UO Libera Professione	Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALP: definizione spazi ambulatoriali prestazioni erogabili, tariffe, quesiti diagnostici, limitazioni	Errata valutazione per non corretta applicazione delle regole Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, tempi,...)	manca di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B B M = M	Eventuali pressioni esterne sono contemplate da una Regolamentazione puntuale in materia.
1.3	Apertura agende su infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis	UO Libera Professione/ASSOT (gestione agende)	coerenza con qualità del servizio erogato in SSN (distanziamento pazienti, tipologia di prestazioni e servizi erogati)		manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli			opacità del processo decisionale			B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
1.4	Prenotazione su agende LEPIDA (infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis)	Call center Lepida/ASSOT (gestione agende)	monitoraggio livelli di disponibilità	possibilità di incentivare il ricorso alla ALP rispetto al SSR	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità					B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
1.5	Pagamento con contestuale emissione fattura (*)	UO Libera Professione/ASSOT (CUP)		Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna	inadeguata diffusione della cultura della legalità		manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata			B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
1.6	Erogazione Libera professione (accettazione utente, erogazione prestazione e refertazione su sistema gestionale sanitario IOR (SIR2020) integrato nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis	Medico erogatore / supporto infermieristico		Mancata accettazione / erogazione / referto sul sistema gestionale informatico differenza non giustificabile tra utenti prenotati e prestazioni erogate	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata			B M = M	il rischio viene temperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
1.7	Acquisizione dati attività mensile erogata (presente nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis) nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP (prestazioni erogate/quantità tipologie date e orari / incassi)	UO Libera Professione	RILEVAZIONE INFORMATIZZATA ATTIVITA' SVOLTA	eventuale malfunzionamento sistema	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di attuazione delle misure di trattamento			B	Attività completamente informatizzata, tramite interfaccia dei sistemi presenti in Istituto
1.8	Controlli sull'attività erogata LP medici	UO Libera Professione / UOTSIR	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna			grado di attuazione delle misure di trattamento			M	il rischio viene temperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
1.9	Controlli sull'attività erogata LP per supporto	UO Libera Professione / UOTSIR	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) personale a supporto fuori orario	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			M	il rischio viene temperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
1.10	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Rischio di remunerare LP erogata in orario di lavoro	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			M	il rischio viene temperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo

1.11	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
1.12	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
1.13	monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso ASA (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)	UO Libera Professione/Osservatorio ALP	coerenza con Regolamento ALP	Rischio di un disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per equipe/professionista/ prestazione per mancata evidenziazione dei fenomeni (OSSERVATORIO ALP)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.

**PROCESSO: Attività libero professionale di ricovero**

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO			Valutazione complessiva rischio	Motivazione
2.1	Planificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) verifica e approvazione tariffari di ricovero	Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ DIT/UO Libera Professione	Congruietà con Regolamento ALP	mancato rispetto del regolamento	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	B M = M	Eventuali pressioni esterne sono contemperate da una Regolamentazione puntuale in materia.
2.2	Autorizzazione all'esercizio LP inserimento medico nella equipe chirurgica della UO di riferimento, inserimento nelle convenzioni con assicurazioni e fondi sanitari	Direzione Generale/Direzione Medica Presidio/ DIT/UO Libera Professione	Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALP: definizione prestazioni erogabili, tariffe, limitazioni, equipe di appartenenza	errata valutazione per la non corretta applicazione del Regolamento. Possibilità di favorire un professionista	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B B B	Eventuali pressioni esterne sono contemperate da una Regolamentazione puntuale in materia.
2.3	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Medico		Dirottare il paziente verso il regime ALP	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità	opacità del processo decisionale		A B B = A	Fase difficilmente verificabile attraverso normali misure di controllo, contemperata dalla diffusione attraverso i canali informativi per i pazienti delle modalità e delle tempistiche di accesso alle prestazioni ALP/SSN
2.4	Emissione preventivo al paziente sulla base della richiesta del medico	Medico/UO Libera Professione	verifica coerenza con tariffari delle prestazioni aziendali erogabili in regime di ricovero	quotazione di prestazione differente da quella erogata per ridurre l'onere per il paziente	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.5	Programmazione ricovero: verifica spazi/sale disponibili con CPSE	Medico/DIT/UO Libera Professione		Autorizzazione di un intervento in ALP non erogabile ai sensi del regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.6	Programmazione del ricovero e pianificazione delle note operatorie	Medico/DIT/UO Libera Professione	Monitoraggio Direzione Sanitaria su programmazione attività chirurgica	Favorire un professionista piuttosto che un altro nella programmazione (e di conseguenza un paziente)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B M = M	il rischio viene contemperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
2.7	Pagamento anticipato 100% prestazione o ricevimento presa in carico da società assistenza complementare	UO Libera Professione/ASSOT (CUP)			scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		grado di attuazione delle misure di trattamento		B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.8	prestazione di ricovero / chirurgica	Medico /DIT	Monitoraggio Direzione Sanitaria su attività chirurgica	Esecuzione prestazione in orario istituzionale	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di attuazione delle misure di trattamento		M B = M	Gestione e monitoraggio dell'attività completamente informatizzata, con immediata evidenza dei disallineamenti

2.9	Controlli sull'attività erogata medici	UO Libera Professione / UOTSIR	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi			grado di attuazione delle misure di trattamento		B	il rischio viene contemperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
2.10	Controlli sull'attività erogata pers supporto	UO Libera Professione / UOTSIR	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) personale a supporto fuori orario	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	il rischio viene contemperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
2.11	Controlli sull'attività erogata (coerenza DRG)	UO Libera Professione/ASSOT (Uff.Ricoveri)	Verifica coerenza DRG SDO con DRG di attribuzione codificato per la prestazione erogata	Rischio di non fatturare correttamente l'intervento/ricovero con maggiore o minore introiti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B M = M	il rischio viene contemperato dall'informatizzazione delle procedure e dalla possibilità di misure efficaci di controllo
2.12	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	UO Libera Professione / UOTSIR	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	rischio di errore di caricamento sullo stipendio/ rischio di remunerare LP in orario di lavoro	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.13	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	mancato rispetto regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.14	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi OOS	mancato rispetto regolamento e/o errata applicazione accordi	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.
2.15	monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso CdG (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)	UO Libera Professione/Osservatorio ALP	coerenza con Regolamento ALP	Disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per una equipe/professionista/prestazione come conseguenza di mancata evidenziazione dei fenomeni (Osservatorio ALP)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentata, sono presenti diversi attori per le rispettive competenze e questo limita eventuali rischi.





**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA RISCHIO: CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
<b>NOTIFICHE</b>	1	Insieme delle attività di controllo che hanno origine dalla notifica da parte del Comune	notifica da parte del SUAP	Registrazione dell'esito del controllo nel sistema informatico aziendale ed emissione dell'eventuale atto finale	SUAP, UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro
	1.1	ricezione notifica dal SUAP e protocollazione della pratica	pratica SUAP	Protocollazione notifica su applicativo aziendale di protocollo/acquisizione della richiesta o della segnalazione	
	1.2	assegnazione della pratica ad una o più delle UOC	acquisizione della richiesta o della segnalazione	Individuazione dell'operatore che effettuerà il controllo sulla base dell'ambito tecnico/disciplinare del controllo	
	1.3	Istruttoria	Presa in carico della notifica trasmessa in Babel e assegnazione all'operatore che effettuerà il controllo	raccolta documentale, eventuale richiesta integrazioni e sopralluogo	
	1.4	Momento valutativo del controllo, programmato in relazione alla tipologia di attività	raccolta documentale e sopralluogo	valutazione sulla base degli elementi raccolti	
	1.5	Registrazione degli esiti nell'applicativo	valutazione sulla base degli elementi raccolti	Registrazione dell'esito del controllo nel sistema informatico aziendale ed emissione dell'eventuale atto finale	
<b>CONTROLLO UFFICIALE: CONTROLLO PROGRAMMATO</b>	2	Insieme delle attività di controllo ufficiale già programmate dall'Autorità competente ai sensi del Regolamento U.E. n. 625/2017, gestite su base informatizzata	acquisizione da Banche Dati Ufficiali dell'elenco dei soggetti controllabili	Registrazione dell'esito del controllo nel sistema informatico aziendale e ministeriale ed emissione dell'eventuale atto finale	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro
	2.1	Programmazione	elenco soggetti controllabili sulla BD	Individuazione dei soggetti da controllare nell'anno, sulla base delle indicazioni regionali e dei criteri aziendali	
	2.2	Assegnazione	programmazione annuale dei soggetti da controllare	Individuazione dell'operatore/operatori che effettueranno il controllo e dell'ambito tecnico/disciplinare del controllo	
	2.3	Istruttoria	check list definite nel Regolamento Ue e nella normativa regionale/scheda controllo ufficiale	raccolta documentale o altre evidenze da sopralluogo (campione, misure, fotografie, assunzione notizie)	
	2.4 a	Momento valutativo del controllo senza sopralluogo (ispezione da remoto/analisi documenti da fascicolo)	raccolta documentale e valutazione delle analisi eseguite	valutazione sulla base degli elementi raccolti	
	2.4.b	sopralluogo con valutazione e redazione verbale ispettivo/SCU	esito valutazione	rilascio verbale ispezione completata (SCU) da parte del Responsabile o avvio processo di "gestione non conformità"	
	2.5	Registrazione degli esiti nell'applicativo	verbale ispezione/SCU	registrazione dopo rilascio verbale/SCU	
	2.6	Emissione dell'eventuale atto finale dell'attività svolta/verbale di prescrizione o disposizione	verbale ispezione/SCU	rilascio certificazione di avvenuto controllo tramite Babel / prescrizione o sanzione per PSAL	
<b>CONTROLLO UFFICIALE: CONTROLLO NON PROGRAMMATO</b>	3	Insieme delle attività di controllo ufficiale non programmate svolte, sulla base della normativa nazionale o regionale, su segnalazione del privato o richiesta di altri Enti Pubblici o della Procura	ricezione della richiesta o segnalazione (da altri Enti Pubblici e da privati)	emissione di provvedimento di riconoscimento/autorizzazione/parere/certificazione o riscontro al segnalante con emissione di eventuale provvedimento nei confronti del segnalato	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro
	3.1	Ricezione richiesta o segnalazione	ricezione della richiesta o segnalazione (da altri Enti Pubblici e da privati)	acquisizione della richiesta o della segnalazione	

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
	3.2	Assegnazione	acquisizione della richiesta o della segnalazione	Individuazione degli operatori che effettueranno il controllo sulla base dell'ambito tecnico/disciplinare del controllo, del carico di lavoro e della rotazione	
	3.3	Istruttoria	check list definite nel Regolamento UE/scheda controllo ufficiale	raccolta documentale o altre evidenze da sopralluogo (campione, misure, fotografie, assunzione notizie)	
	3.4	Momento valutativo del controllo (con sopralluogo)	raccolta documentale e sopralluogo	valutazione sulla base degli elementi raccolti	
	3.5	Redazione verbale ispettivo/richiesta infortunio/richiesta malattia professionale	esito valutazione	rilascio verbale ispezione completata o avvio processo di "gestione non conformità"	
	3.6	Registrazione degli esiti nell'applicativo	verbale ispezione/SCU	registrazione dopo rilascio verbale/SCU	
	3.7.1	Provvedimento finale (riconoscimento, autorizzazione, parere, certificazione) nel caso di ricezione di richiesta	verbale ispezione/SCU	emissione dell'atto finale di riconoscimento/autorizzazione/parere/certificazione	
	3.7.2	Risposta alla segnalazione ed emissione di eventuali provvedimenti nei confronti del segnalato (nel caso di ricezione di segnalazione)	verbale ispezione/SCU	riscontro al segnalante dell'avvenuto controllo /esito ed emissione di eventuali provvedimenti verso il segnalato, notizia alla Procura in caso di esito positivo	
<b>GESTIONE DELLA NON CONFORMITA'</b>	<b>4</b>	<b>insieme delle attività finalizzate alla gestione delle non conformità rilevate nel corso del controllo programmato/non programmato</b>	<b>rilevazione di una non conformità nel corso del controllo programmato/non programmato</b>	<b>adozione di provvedimenti preventivi o correttivi per porre rimedio alla non conformità</b>	<b>UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro</b>
	4.1	Apertura della non conformità	rilevazione di una non conformità nel corso del controllo programmato/non programmato	apertura del procedimento di non conformità	
	4.2	valutazione e adozione dei provvedimenti preventivi (es formazione) o correttivi (sanzione e/o prescrizione e/o disposizione) da intraprendere per porre rimedio alla non conformità	apertura del procedimento di non conformità	adozione di provvedimenti preventivi o correttivi per porre rimedio alla non conformità	
	4.3	eventuale momento di verifica della prescrizione/disposizione/avvenuto pagamento	adozione di un provvedimento di prescrizione nei confronti del controllato	verifica di adempimento della prescrizione e dell'avvenuto pagamento e in caso di esito positivo comunicazione in Procura dell'estinzione del reato	
	4.4	eventuale impugnazione del provvedimento davanti al TAR o in sede aziendale da parte del sanzionato, eventuale apertura del procedimento penale	adozione di provvedimenti preventivi o correttivi per porre rimedio alla non conformità	impugnazione del provvedimento adottato avanti al TAR o in sede aziendale o trasmissione della notizia di reato in Procura	
<b>EMMISSIONE SANZIONI (ex L. 689/81)</b>	<b>5</b>	<b>insieme delle attività che hanno origine da una non conformità e terminano con la notifica di una sanzione</b>	<b>elevazione sanzione a seguito di una non conformità</b>	<b>notifica della sanzione</b>	<b>UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro</b>
	5.1	constatazione	constatazione a seguito di una non conformità		
	5.2	istruttoria con contestuale eventuale contestazione (immediata o meno) e redazione del verbale	raccolta di elementi istruttori	redazione di un verbale	
	5.3	registrazione sanzione in registro informatico unico dipartimentale	registrazione nell'applicativo informatico (SICEP)	emissione del pago PA	
	5.4	notifica al trasgressore	Ricezione della notifica ex art. 17 L. 689/81 da parte dell'agente accertatore	notifica dell'atto	

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
<b>EMISSIONE ORDINANZE INGIUNZIONI DI PAGAMENTO</b>	<b>6</b>	<b>insieme delle attività finalizzate al recupero dei crediti insoluti</b>	<b>notifica al trasgressore da parte dell'ente accertatore</b>	<b>emissione ordinanza ingiunzione di pagamento</b>	<b>Ente Accertatore, Direttore generale con delega al DA tramite l'ASSOT</b>
	6.1	Ricezione di scritti difensivi o mancato pagamento della sanzione	acquisizione della notifica	Ricezione di scritti difensivi o constatazione del mancato pagamento della sanzione	
	6.2	Istruttoria	Ricezione di scritti difensivi o constatazione del mancato pagamento della sanzione	Verifica presupposti di fatto (pagamento non avvenuto) e di diritto, esame eventuali scritti difensivi	
	6.3	eventuale audizione/contraddittorio	Verifica presupposti di fatto (pagamento non avvenuto) e di diritto, esame eventuali scritti difensivi	convocazione dell'interessato, svolgimento dell'audizione e verbalizzazione	
	6.4	emissione ordinanza di archiviazione o ingiunzione di pagamento ex art. 18 L. 689/81	esame della documentazione e delle risultanze del contraddittorio	emissione ordinanza di archiviazione o ingiunzione di pagamento ex art. 18 L. 689/81	
	6.5	eventuale esecuzione forzata	credito insoluto emissione ordinanza di archiviazione o ingiunzione di pagamento ex art. 18 L. 689/81	richiesta al Servizio Bilancio l'iscrizione a ruolo dei crediti insoluti ex art. 27 L. 689/81	
<b>CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE, MEDICO SPORTIVA AGONISTICA, MALATTIE PROFESSIONALI</b>	<b>7</b>	<b>insieme delle attività finalizzate al rilascio di certificazioni</b>	<b>richiesta dell'interessato</b>		<b>UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro</b>
	7.1	richiesta dell'interessato e/o prenotazione tramite CUP	richiesta/prenotazione		
	7.2	effettuazione della visita ed esame della certificazione sanitaria	effettuazione visita		
	7.3	referetazione cartacea con giudizio di idoneità/inidoneità laddove previsto		rilascio certificazione	
	7.4	eventuale ricorso alla Commissione Medico Legale		giudizio Commissione 2 <sup>a</sup> istanza	
<b>VACCINAZIONI ADULTI/PEDIATRICHE</b>	<b>8</b>	<b>insieme delle attività finalizzate al rispetto dell'obbligo vaccinale per adulti e minori</b>			<b>UOC Igiene e Sanità Pubblica</b>
	8.1 a	richiesta dell'interessato e prenotazione tramite CUP	richiesta/prenotazione	richiamo a vaccinazione	
	8.2 b	richiamo a vaccinazione obbligatoria per i minori	richiamo (minori)		
	8.3	esecuzione vaccinazione			
	8.4	chiamata a colloquio dei genitori dei minori	mancata presentazione a vaccinazione	rilascio di certificato con calendario vaccinale da seguire per non incorrere nella sanzione/inserimento sul sistema informatico ONVAC di esonero temporaneo o permanente da uno o più vaccini su indicazione del pediatra di famiglia o specialista che ha in cura il minore	
	8.5	eventuale sanzione per inottemperanti all'obbligo vaccinale	permanenza dell'inottemperanza all'obbligo vaccinale	eventuale sanzione	
<b>RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE</b>	<b>9</b>	<b>valutazione di 2<sup>a</sup> livello sul giudizio rilasciato dal medico competente</b>			<b>UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro</b>
	9.1	istanza del lavoratore o del datore di lavoro	istanza del lavoratore o del datore di lavoro		
	9.2	istruttoria ed eventuale sopralluogo	istruttoria preliminare	verbale e istruttoria al Collegio Medico	
	9.3	convocazione collegio medico per valutazione, con eventuale richiesta di visita specialistica	convocazione collegio medico	valutazione sulla base degli elementi raccolti e rilascio giudizio	
	9.4	rilascio giudizio al medico competente/lavoratore/datore di lavoro		riscontro all'istanza	

AZIENDA USL DI IMOLA - AREA RISCHIO: CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

REGISTRO DEI RISCHI

prog	PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI	MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
1	<b>REGISTRAZIONE NOTIFICHE</b>														
1.1	ricezione notifica dal SUAP e protocollazione della pratica	non rilevante													
1.2	assegnazione della pratica ad una o più delle UOC	non rilevante													
1.3	Istruttoria	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti"	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
1.4	Momento valutativo del controllo, programmato in relazione alla tipologia di attività	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti"	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
1.5	Registrazione degli esiti nell'applicativo	non rilevante													
2	<b>CONTROLLO UFFICIALE: CONTROLLO PROGRAMMATO</b>														
2.1	Programmazione	errata/sviata applicazione dei criteri di programmazione	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	procedimento presidiato (vd documento Programmatico predisposto dalla Regione) per processi "riconosciuti" e "registrato", scarso livello di informatizzazione (accesso a Banche Dati), discrezionalità intrinseca	MEDIO	rotazione	mappatura più approfondita dei soggetti economici da controllare tramite accesso a Banche Dati, informatizzazione-regolamentazione dei criteri/modalità (esempio tramite documento programmatico RER) sulla base dei quali scelgo i soggetti/ambito da controllare	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	Conformità rispetto agli indicatori e standard di programmazione dati dalla Regione	100	annuale	
2.2	Assegnazione	potenziale conflitto di interesse	grado di discrezionalità del decisore interno		manca di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	BASSO	rotazione	rotazione del personale sulla base degli ambiti di competenza territoriale e professionale/raccolta di dichiarazione di assenza di conflitto di interesse prima dell'assegnazione	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
2.3	Istruttoria	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti"	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
2.4.a	Momento valutativo del controllo senza sopralluogo (ispezione da remoto/analisi documenti da fascicolo)	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
2.4.b	sopralluogo con valutazione e redazione verbale ispettivo/SCU	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	esistenza di indicatori e check list regionali	BASSO	controllo	check list degli aspetti da controllare di cui viene data evidenza nel verbale di non conformità, formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
2.5	Registrazione degli esiti nell'applicativo	non rilevante													
2.6	Emissione dell'eventuale atto finale dell'attività svolta/verbale di prescrizione o disposizione	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
3	<b>CONTROLLO UFFICIALE: CONTROLLO NON PROGRAMMATO</b>														
3.1	Ricezione richiesta o segnalazione	non rilevante													
3.2	Assegnazione	potenziale conflitto di interesse	grado di discrezionalità del decisore interno		manca di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	BASSO	rotazione	rotazione del personale sulla base degli ambiti di competenza/raccolta di dichiarazione di assenza di conflitto di interesse prima dell'assegnazione	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
3.3	Istruttoria	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti"	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	

prog	PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
3.4	Momento valutativo del controllo (con sopralluogo)	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
3.5	Redazione verbale ispettivo/richesta infortunio/richesta malattia professionale	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		esistenza di indicatori e check list regionali	BASSO	controllo	check list degli aspetti da controllare di cui viene data evidenza nel verbale di non conformità, formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
3.6	Registrazione degli esiti nell'applicativo	non rilevante														
3.7.1	Provvedimento finale (riconoscimento, autorizzazione, parere, certificazione) nel caso di ricezione di richiesta	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
3.7.2	Risposta alla segnalazione ed emissione di eventuali provvedimenti nei confronti del segnalato (nel caso di ricezione di segnalazione)	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
4	<b>GESTIONE DELLA NON CONFORMITA'</b>															
4.1	Apertura della non conformità	non rilevante														
4.2	valutazione e adozione dei provvedimenti preventivi (es formazione) o correttivi (sanzione, prescrizione) da intraprendere per porre rimedio alla non conformità	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti", formazione periodica degli addetti al controllo	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
4.3	eventuale momento di verifica della prescrizione/disposizione/avvenuto pagamento	errata/sviata valutazione del caso, potenziale conflitto di interesse	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	formazione	formazione degli operatori/dichiarazione di assenza di conflitto di interesse/check list sugli aspetti da verificare	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
4.4	eventuale impugnazione del provvedimento esecutivo davanti al TAR o in sede aziendale da parte del sanzionato/apertura del procedimento penale	non rilevante														
5	<b>EMISSIONE SANZIONI</b>															
5.1	constatazione	favorire un soggetto	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		pluralità di soggetti coinvolti nel processo/condizione del lavoro prevedendo la sottoscrizione anche da parte del dirigente	BASSO	controllo	doppio controllo da parte del dipendente che effettua la sanzione e del dirigente che la sottoscrive. Raccolta di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
5.2	Istruttoria con contestuale eventuale contestazione (immediata o meno) e redazione del verbale	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		linee guida e normativa, pluralità di soggetti coinvolti nel processo e informatizzazione dei dati e flussi informativi	BASSO	controllo	doppio controllo interno, regolamentazione, presenza di soggetti esterni coinvolti (per alcuni micro processi), tracciatura delle fasi nei processi dei soggetti "riconosciuti"	UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria, UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
5.3	registrazione sanzione in registro informatico unico dipartimentale	non rilevante														
5.4	notifica al trasgressore	non rilevante														
6	<b>EMISSIONE ORDINANZE INGIUNZIONI DI PAGAMENTO</b>															
6.1	Ricezione notifica	non rilevante									Direttore generale con delega al DA tramite l'ASSOT					
6.2	Istruttoria	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di attuazione delle misure di trattamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa	l'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere il rischio basso, non c'è interferenza tra sanzionato e linea amministrativa, informatizzazione, basso livello di insoluti	BASSO	controllo	Sistema informatizzato per registrazione delle attività, separazione tra gestore del procedimento e sanzione Regolamento interno Sistema informatizzato per la gestione documentale	Direttore generale con delega al DA tramite l'ASSOT	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
6.3	eventuale audizione/contraddittorio	errata/sviata valutazione del caso	livello di interesse esterno	grado di attuazione delle misure di trattamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa	l'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere il rischio basso	BASSO	controllo	Sistema informatizzato per registrazione delle attività Regolamento interno Sistema informatizzato per la gestione documentale	Direttore generale con delega al DA tramite l'ASSOT	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	
6.4	emissione ordinanza di archiviazione o ingiunzione di pagamento ex art. 18 L. 689/81	omissione di atti e decorrenza dei termini	livello di interesse esterno	grado di attuazione delle misure di trattamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa	l'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere il rischio basso	BASSO	controllo	Sistema informatizzato per registrazione delle attività Regolamento interno Sistema informatizzato per la gestione documentale	Direttore generale con delega al DA tramite l'ASSOT	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente		100	annuale	



## INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno  
grado di discrezionalità del decisore interno  
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo  
opacità del processo decisionale  
grado di attuazione delle misure di trattamento  
altro

## STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO  
MEDIO  
BASSO

## TIPOLOGIA DI MISURA

controllo  
trasparenza  
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento  
regolamentazione  
semplificazione  
formazione  
sensibilizzazione e partecipazione  
rotazione  
segnalazione e protezione  
disciplina del conflitto di interessi  
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

## FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli  
mancanza di trasparenza  
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa  
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi  
scarsa responsabilizzazione interna  
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi  
inadeguata diffusione della cultura della legalità  
altro

## TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente  
misura da programmare nel triennio del PTPCT

## TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale  
semestrale

**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA DI RISCHIO: DECESSI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE
Decesso ospedaliero	1	gestione del decesso del paziente in ambito ospedaliero, della permanenza della salma in camera mortuaria fino al funerale e dei rapporti con gli aventi titolo	decesso del paziente in ambito ospedaliero	partenza dalla camera ardente	tutte le UU.OO/portineria/ Camera Mortuaria/Ufficio Cimiteri/ Imprese Funebri
	1.1	informazione ai familiari da parte del personale del reparto e deposito della salma in reparto per visita da parte dei parenti per almeno 1 ora	decesso del paziente in ambito ospedaliero	famigliari informati sul decesso	tutte le UUOO
	1.2	comunicazione del decesso alla portineria da parte del reparto e avviso da parte della portineria alla camera mortuaria	decesso del paziente in ambito ospedaliero	avviso di trasferimento presso la camera mortuaria	tutte le UUOO e Portineria
	1.3	trasporto in camera mortuaria afferente alla struttura di decesso dopo almeno un'ora dal decesso	ritiro del deceduto dall'UO di decesso	trasferimento del deceduto in camera mortuaria	Camera Mortuaria
	1.4	osservazione della salma per accertamento necroscopico	salma in deposito e osservazione	cadavere in attesa di vestizione	Camera Mortuaria
	1.5	richiesta di appuntamento per vestizione della salma da parte delle imprese funebri previa registrazione sul portale Camer e presentazione del foglio (slot) di vestizione	richiesta di accesso per vestizione	feretro in attesa di funerale	Impresa Funebre
	1.6	comunicazione dell'orario del funerale (ordine di partenza) e del tipo di camera ardente	lista delle partenze per il giorno successivo	ordine di partenza dalle camere ardenti	Ufficio Cimiteri-Camera Mortuaria
decesso extra ospedaliero	2	gestione del decesso del paziente in ambito extra ospedaliero, della permanenza della salma in camera mortuaria fino al funerale e dei rapporti con gli aventi titolo	decesso del paziente in ambito extra ospedaliero	partenza dalla camera ardente	Imprese Funebri/portineria/ Camera Mortuaria/Ufficio Cimiteri/ Imprese Funebri
	2.1	trasporto della salma in camera mortuaria a cura del dell'impresa funebre	decesso extra ospedaliero	accoglienza in camera mortuaria	Impresa Funebre / Camera Mortuaria
	2.2	osservazione della salma per accertamento necroscopico	salma in deposito e osservazione	cadavere in attesa di vestizione	Camera Mortuaria
	2.3	richiesta di appuntamento per vestizione della salma da parte delle onoranze funebri previa registrazione sul portale Camer e presentazione del foglio (slot) di vestizione	richiesta di accesso per vestizione	feretro in attesa di funerale	Impresa Funebre
	2.4	comunicazione dell'orario del funerale (ordine di partenza) e del tipo di camera ardente	lista delle partenze per il giorno successivo	ordine di partenza dalle camere ardenti	Ufficio Cimiteri-Camera Mortuaria

**AZIENDA USL DI IMOLA - AREA DI RISCHIO: DECESSI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI**

**REGISTRO DEI RISCHI**

prog	PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
<b>1</b>	<b>Decesso ospedaliero</b>															
1.1	informazione ai familiari da parte del personale del reparto e deposito della salma in reparto per visita da parte dei parenti per almeno 1 ora	possibile segnalazione, da parte del personale, del decesso alle imprese funebri ed orientamento dei familiari verso una specifica impresa funebre	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	formazione	formazione degli operatori dei reparti coinvolti nel decesso, consegna di informativa ai parenti, nota su Babel di istruzioni ai reparti, questionario sul servizio da somministrare ai congiunti	tutte le UUOO coinvolte	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	presenza di nota su Babel, questionario	100%	annuale	
1.2	comunicazione del decesso alla portineria da parte del reparto e avviso da parte della portineria alla camera mortuaria	possibile segnalazione, da parte del personale, del decesso alle imprese funebri	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	formazione	formazione degli operatori dei reparti coinvolti nel decesso, consegna di informativa ai parenti, nota su Babel di istruzioni ai reparti	tutte le UUOO coinvolte/portineria	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	presenza di nota su Babel	100%	annuale	
1.3	trasporto in camera mortuaria afferente alla struttura di decesso dopo almeno un'ora dal decesso	non rilevante														
1.4	osservazione della salma per accertamento necroscopico	non rilevante														
1.5	richiesta di appuntamento per vestizione della salma da parte delle imprese funebri previa registrazione sul portale Camer e presentazione del foglio (slot) di vestizione	possibilità di richiesta servizi a pagamento agli operatori della camera mortuaria da parte delle imprese funebri	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	formazione	formazione degli operatori della camera mortuaria e misure di controlli incrociati (registro delle vestizioni/foglio attività tramite portale Camer)	camera mortuaria, imprese funebri	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	incontro annuale di formazione	100%	annuale	
1.6	comunicazione dell'orario del funerale (ordine di partenza) e del tipo di camera ardente	possibilità di richiesta di diversa camera ardente rispetto a quella assegnata	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			BASSO	trasparenza	regolamentazione dei criteri di assegnazione delle stanze di partenza	camera mortuaria, imprese funebri	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	Richiesta normata dal Regolamento interno e sottoposta ad autorizzazione del coordinatore	100%	annuale	
<b>2</b>	<b>decesso extra ospedaliero</b>															
2.1	trasporto della salma in camera mortuaria a cura dell'impresa funebre	non rilevante														
2.2	osservazione della salma per accertamento necroscopico	non rilevante														
2.3	richiesta di appuntamento per vestizione della salma da parte delle onoranze funebri previa registrazione sul portale Camer e presentazione del foglio (slot) di vestizione	possibilità di richiesta servizi a pagamento agli operatori della camera mortuaria da parte delle imprese funebri	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	scarsa responsabilizzazione interna		MEDIO	formazione	formazione degli operatori della camera mortuaria e misure di controlli incrociati (registro delle vestizioni/foglio attività tramite portale Camer)	camera mortuaria, imprese funebri	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	incontro annuale di formazione	100%	annuale	
2.4	comunicazione dell'orario del funerale (ordine di partenza) e del tipo di camera ardente	possibilità di richiesta di diversa camera ardente rispetto a quella assegnata	livello di interesse esterno		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			BASSO	trasparenza	regolamentazione dei criteri di assegnazione delle stanze di partenza	camera mortuaria, imprese funebri	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	Richiesta normata dal Regolamento interno e sottoposta ad autorizzazione del coordinatore	100%	annuale	

## INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno  
grado di discrezionalità del decisore interno  
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo  
opacità del processo decisionale  
grado di attuazione delle misure di trattamento  
altro

## STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO  
MEDIO  
BASSO

## TIPOLOGIA DI MISURA

controllo  
trasparenza  
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento  
regolamentazione  
semplificazione  
formazione  
sensibilizzazione e partecipazione  
rotazione  
segnalazione e protezione  
disciplina del conflitto di interessi  
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

## FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli  
mancanza di trasparenza  
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa  
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi  
scarsa responsabilizzazione interna  
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi  
inadeguata diffusione della cultura della legalità  
altro

## TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente  
misura da programmare nel triennio del PTPCT

## TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale  
semestrale

AREA RISCHIO: GENERALE O SPECIFICA	AREA DI RISCHIO	PROCESSI INTERNI	INPUT	OUTPUT	RESPONSABILE
G/1	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica del destinatari <u>privi</u> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	ACCERTAMENTI MEDICO LEGALI	ACCERTAMENTI FINALIZZATI ALLA IDONEITA' LAVORATIVA	CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE	SPP-MC
G/8	Affari legali e contenzioso	DOCENTI E FORNITORI DI FORMAZIONE	FORMAZIONE ALBO DOCENTI ESTERNI E TUTOR	AFFIDAMENTO INCARICHI DOCENZA E TUTORAGGIO	UOS FORMAZIONE
S/4	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	GOVERNO DELLA DOMANDA DEL FARMACO E DPI	RAPPORTI CON INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO E DPI	RISPETTO INDICAZIONI DGR, GESTIONE E CONTROLLO INCONTRI, FORMAZIONE SPONSORIZZATA	DCH - DEA - DIMO - DSM - UOS FORMAZIONE - DAF - DMP - DIPROSA
S/4	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	GOVERNO CLINICO - SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Presentazione del progetto al CE	Conduzione delle attività di sperimentazione clinica - Stesura rapporto finale	GOVERNO CLINICO (Ricerca e Innovazione), Sperimentatori
S/4	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI AD EVENTI ESTERNI SPONSORIZZATI	Invito Sponsor	Monitoraggio tracciabilità e rispetto criteri definiti	UOS FORMAZIONE, Unità Operative
G/4	Acquisizione e gestione del personale	AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITA' EXTRAISTITUZIONALE	RICHIESTA AUTORIZZAZIONE	AUTORIZZAZIONE IN APPLICAZIONE DELLA REGOLAMENTAZIONE, REGISTRAZIONE IN PERLAPA	UOSGAL

Aree Organizzative	Attività/ processo A rischio corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio	Valutazione del Rischio
Segreteria generale e Affari Legali	Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. 165/01	Corretta applicazione normativa in essere e pubblicazione dati Perla PA	L'unicità del servizio e del ristretto numero di risorse assegnate, unitamente alle specificità delle competenze professionali, non consentono alcuna rotazione del personale, tenuto conto anche dei compiti assegnati in materia di prevenzione della corruzione	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità		2
Dipartimento Chirurgico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	ADEGUAMENTO DELLE Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n.2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono possibile né auspicabile la mobilità dei professionisti così individuati sulle attività di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di incontri con informatori scientifici	2
Dipartimento Emergenza Accettazione	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Adeguamento Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche, in conformità a quanto disposto dalla DGR n. 2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti indicati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di incontri con informatori	2
Dipartimento Medico-Oncologico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Adeguamento procedura scritta per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche, in conformità alla DGR n. 2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la rotazione dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio di	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero incontri con informatori scientifici	2
UO Direzione Assistenza Farmaceutica	Acquisto farmaci e dispositivi medici (DM) da ditte che sponsorizzano eventi formativi all'estero per prescrittori	Verifiche trend sull'andamento e/o incremento consumo, in relazione a sponsorizzazioni di eventi formativi all'estero per la Dirigenza Medica sulla base del report trasmesso dal Servizio Formazione.	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'assistenza terapeutica agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sulle verifiche svolte (con confronto del pari periodo anno precedente).	3
Formazione	Autorizzazioni attività/eventi formativi ECM afferenti alla Dirigenza Medica. Sponsorizzazioni ditte farmaceutiche e benefit connessi all'evento formativo.	Verifiche di aderenza alla programmazione aziendale degli eventi formativi ECM a favore della Dirigenza Medica, su eventuali benefit ricevuti da ditte farmaceutiche. Procedure in base alla DGR n.2309/2016	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Aderenza alla Procedura Aziendale	Report semestrale al RPCT sul corretto invio della modulistica, richiesta dalla procedura Aziendale, allo Staff Formazione da parte	3
Formazione	Individuazione docenti e fornitori di Formazione	rispetto del Regolamento Az.le relativo all'individuazione dei fornitori di prestazioni didattiche e creazione di un Albo Docenti e Tutor, sulla base dei criteri condivisi a livello di AVEC e obblighi di pubblicità per l'individuazione dei docenti e fornitori di Formazione	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Segnalazione delle non conformità	Report semestrale sul numero di docenti e fornitori incaricati	3
Formazione	Partecipazioni attività/eventi formativi ECM con sponsorizzazioni ditte farmaceutiche e benefit connessi all'evento formativo	Verifiche di aderenza alla Procedura Az.le relativa alla partecipazione ad iniziative di formazione esterna con finanziamenti da parte di privati.	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Informativa sulle attività svolte. Divulgazione al personale dei contenuti della procedura Az.le, relativa alla partecipazione ad iniziative di formazione esterna con finanziamenti da parte di privati. Segnalazioni difformità	Invio report semestrale sulle autorizzazioni al RPCT e al Servizio Assistenza Farmaceutica Aziendale, per le verifiche di propria competenza.	3
Direzione Medica Presidio	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Coordinamento e impulso per il rispetto della Procedura scritta sulla base delle indicazioni della DGR n.2309/2016 in sede di Coordinamento interdipartimentale. Controlli a campione sulla tracciabilità degli incontri	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio Osp, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Informativa sull'adeguamento delle procedure. Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report semestrale controlli a campione tracciabilità incontri con informatori scientifici	2
DIPROSA	Rapporti con rappresentanti dispositivi assistenziali	Tenuta registro incontri con i rappresentanti, attuazione DGR n.2309/2016	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti sul numero di incontri e rapporto tra questi e il numero di acquisti e la tipologia di beni	Report semestrale sul numero di incontri nominativi dei rappresentanti e tipologia di beni.	2
Staff governo Clinico	SPERIMENTAZIONI CLINICHE / Progetti di innovazione e ricerca (D.Lgs.502/92, D.Lgs.517)	Applicazione procedura, verifica congruità finanziamento case farmaceutiche, rapporti con il Comitato Etico.	La specificità delle competenze professionali, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti	Informativa sulle attività svolte. Segnalazioni difformità. Controlli sulle modalità gestionali delle sperimentazioni presso le UU.OO. interessate	Report semestrale	2

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *											
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis	
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	UOS AAT	Si rinvia al relativo capitolo della Sottosezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO			
Disposizioni generali	Atti generali	Art. 12, c. 1	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Link al sito "Normattiva" - Entro 30 gg dalla conoscenza	Tutte le UOOO // pubblicazione: UOSGAL				
Disposizioni generali			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Tutte le UOOO // pubblicazione: UOSGAL				
Disposizioni generali			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Tutte le UOOO // pubblicazione: UOSGAL				
Disposizioni generali		Art. 12, c. 2	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Tutte le UOOO // pubblicazione: UOSGAL				
Disposizioni generali		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOSGAL, UOS AAT // pubblicazione: UOSGAL				
Disposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSN				
Disposizioni generali		Art. 34	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato ....	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016						
Disposizioni generali	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016						
Disposizioni generali		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)							
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a)		Si veda incarichi amministrativi di vertice	Non attinente alle aziende sanitarie		Informazione e comunicazione		Secondo quanto indicato dell'Allegato 2 della delibera ANAC 495/2024		
Organizzazione	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN				
Organizzazione	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN				
Organizzazione	Atti degli organi di controllo		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN				
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b)	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Informazione e comunicazione				
Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. c)	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Informazione e comunicazione				
Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. b)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Informazione e comunicazione				
Organizzazione	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Informazione e comunicazione				
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP, FORMAZIONE, UOSGAL, DG (COLLEGIO SINDACALE)			Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)  Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.	
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, lett. b)		Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)					
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, lett. c)		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)					
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, lett. d)		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)					
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'invio alla Funzione Pubblica					
Consulenti e collaboratori		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *												
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis		
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOSGAL		Da applicare a Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario (+Direttore delle attività socio-sanitarie+Direttore assistenziale+Direttore scientifico, ove presenti, ai sensi della LR 29/2004 e smi) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019).  Con riferimento all'applicazione del D.Lgs.39/2013, cfr. nota DG Cura della Persona, Salute e Welfare ad ANAC prot.03/11/2021.1012935.U			
Personale		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOSGAL					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	UOSGAL					
Personale				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOSGAL					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOSGAL					
Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale - Entro il 30/06 e/o in relazione a comunicazioni della Regione	UOSGAL					
Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP			Vedi nota precedente, con riferimento a Direttori di Dipartimento, Struttura complessa e struttura semplice  Dichiarazioni ex D.Lgs.39/13 solo per dirigenti PTA con incarico di struttura	
Personale			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP				
Personale	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio	SUMAEP					
Personale				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP					
Personale	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		SUMAGP					
Personale	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		SUMAGP						

## ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis		
Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 15, c. 5	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							
Personale		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSN					
Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente				
Personale		Art. 14, c. 1, lett. b)		Curriculum vitae	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. c)		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. d)		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. e)		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. e)		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Personale		Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)		Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	UOS AAT (RPCT)		
Personale		Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)		Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP, SUMAEP		Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)			
Personale		Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP, SUMAEP					
Personale	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP		Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)			
Personale		Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	La pubblicazione avviene entro la fine del mese successivo al trimestre	SUMAEP					
Personale	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	SUMAGP					
Personale	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	UOSGAL, UOS AAT (RPCT)		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)			
Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	SUMAEP		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)			
Personale	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla adozione della delibera di recepimento dell'accordo certificato dal Collegio Sindacale	SUMAEP		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)			
Personale		Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale del Conto Annuale	SUMAEP					
Personale	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOS Programmazione e Controlli Direzionali (OAS)		Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - <a href="https://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri">https://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri</a>			
Personale		Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV	Curricula	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOS Programmazione e Controlli Direzionali (OAS)					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Personale		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013	(da pubblicare in tabelle)	Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOS Programmazione e Controlli Direzionali (OAS)			
Bandi di concorso		Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	5 gg per pubblicazione del bando. 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	SUMAGP			i bandi sono pubblicati in tempo reale col link alla pagina dei concorsi
Performance	Sistema misurazione e valutazione Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'POIV	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			Cfr. indicazioni DGR 819/2021 (anche per voci successive)
Performance	Piano della Performance		Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Performance	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016
Performance	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio dell'anno successivo	SUMAEP			
Performance				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio dell'anno successivo	SUMAEP			
Performance				Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio dell'anno successivo	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Performance	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio dell'anno successivo	UOS Programmazione e Controlli Direzionali, SUMAEP			
Performance				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla chiusura del bilancio dell'anno successivo	UOS Programmazione e Controlli Direzionali, SUMAEP			
Performance	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. a)		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati		Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. b)		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati				Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *											
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)	
Enti controllati				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali					
Enti controllati		Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali					
Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati		Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati			Art. 22, c. 2		Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Enti controllati	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	3) durata dell'impegno				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo				Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali				
Enti controllati	Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d)		Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOS Programmazione e Controlli Direzionali		
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa		Art. 24, c. 1		Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni					
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni					
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	TUTTE LE UOOO / DIREZIONE A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (UOS AAT, UOCF, UOSGAL, SUMAGP, SUMAEP, UOPTI, UOEL, FORMAZIONE, DAF, DIMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC, MEDICINA LEGALE, UOVET, UO SANITA PUBBLICA, UO PREV. SIC. AMB LAV. DSP)			
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernere il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Attività e procedimenti	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni				
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	TUTTE LE UOOO / DIREZIONE A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITA TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF, DIMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC, MEDICINA LEGALE, UOVET, UO SANITA PUBBLICA, UO PREV. SIC. AMB LAV. DSP)		Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	TUTTE LE UOOO / DIREZIONE A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITA TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF, DIMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC, MEDICINA LEGALE, UOVET, UO SANITA PUBBLICA, UO PREV. SIC. AMB LAV. DSP)			
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Controlli sulle attività economiche		Art. 23 bis d.lgs. 33/2023	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento			DA DEFINIRE		Sezione da aggiornare ai sensi del D.Lgs.103/2024 e dell'art.23bis d.Lgs.33/2013	
		Art. 23 bis d.lgs. 33/2023	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			DA DEFINIRE			
Bandi di gara e contratti			ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE							
Bandi di gara e contratti		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Entro 31/3/2024 in prima applicazione Entro 30 gg dall'adozione di modifiche	UOEL, UOPTI			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Bandi di gara e contratti		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	Entro 30 gg dalla comunicazione	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Non applicabile in quanto riferito a settori speciali			
Bandi di gara e contratti		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Non applicabile in quanto riferito a settori speciali			
Bandi di gara e contratti		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Entro 30 gg dalla disponibilità dell'informazione	UOEL, UOPTI			
PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023										
PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI										
Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti										
Bandi di gara e contratti		Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio		1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	<b>Pubblicazione</b>	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Contestualmente all'adozione dei documenti	UOEL, UOPTI, FORMAZIONE, ASSOT, TSIR			I contenuti della Sottosezione Bandi di gara e contratti riprendono quelli degli allegati alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023. Essi saranno oggetto di analisi nel corso del 2024 per quanto attiene all'effettiva applicabilità alle Aziende sanitarie delle singole voci ed ai termini / alle modalità di pubblicazione, anche alla luce di eventuali ulteriori indicazioni di ANAC e della progressivo consolidamento dei sistemi di interoperabilità attivati dal 1/1/2024 secondo quanto previsto dal nuovo codice degli appalti
Bandi di gara e contratti		Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			Nella sezione di Amministrazione trasparente sarà pubblicato inoltre il link alla BDNCP messo a disposizione da ANAC
Bandi di gara e contratti		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché	<b>Affidamento</b>	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Bandi di gara e contratti		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica		Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (art. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Nessuno		NA - Non applicabile Aziende SSN			
Bandi di gara e contratti		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico		Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Esecutiva	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Sponsorizzazioni	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL			
Bandi di gara e contratti		Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Bandi di gara e contratti		Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOEL, UOPTI			
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento				

## ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	ASSOT, UOSGAL		Informazioni da pubblicare per quanto applicabili, nel rispetto del c.4 art.26 D.Lgs.33/2013 e solo se relative a prestazioni non rientranti nei LEA. Cfr. Delibera ANAC 468 del 16/6/2021 e linee applicative condivise nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento dei RPCT delle Aziende sanitarie di cui alla nota Regionale Prot.n. 95815 del 3/02/2022	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. a)		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. b)		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. c)		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)				
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 27, c. 2			Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)				Entro 31/1 dell'anno successivo
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Bilanci		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Bilanci		Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	SUMCF			
Bilanci		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	UOPTI		Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	UOPTI			
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	Sulla base delle delibere A.N.A.C.	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Controlli e rilievi sull'amministrazione				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
Controlli e rilievi sull'amministrazione				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	UOS Programmazione e Controlli Direzionali			
Controlli e rilievi sull'amministrazione				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV				
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	SUMCF			
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione e del rilievo	SUMCF			
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione (o immediato tramite link a specifica sezione del sito)	Informazione e comunicazione			
Servizi erogati		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notizia del ricorso				
Servizi erogati	Class action	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	UOSGAL			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Servizi erogati		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		Tempestivo				
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo		Annuale (art. 10, c. 5)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	UOS Programmazione e Controlli Direzionali		
Servizi erogati	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata		Tempestivo (ex art. 8)	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	DMP	Anche tramite link a siti regionali	
Servizi erogati	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.		Tempestivo	Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	Informazione e comunicazione		
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento		Anche mediante link a <a href="http://soldipubblici.gov.it">http://soldipubblici.gov.it</a> (ex art.4bis)	
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo all'anno di riferimento	SUMCF		
Pagamenti dell'amministrazione						Trimestrale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento			
Pagamenti dell'amministrazione						Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Annuale (art. 33, c. 1)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio
Pagamenti dell'amministrazione	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla modifica			
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)		Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)		Tempestivo (art.8, c. 1)	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio	UOPTI		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
Opere pubbliche	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	UOPTI		
Opere pubbliche		Art. 38, c. 2	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	UOPTI		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a)	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio ....		Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 2	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica ....		Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	Cfr. nota OIV-SSR ad ANAC prot. PG/2019/0598476 del 16/07/2019 in cui si prevede che "tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all'obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia "Informazioni Ambientali" in un'unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali: - le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005."	
Informazioni ambientali	Stato dell'ambiente		1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi							
Informazioni ambientali	Fattori inquinanti		2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente							
Informazioni ambientali	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto		3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonchè le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse							
Informazioni ambientali	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto		4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse							
Informazioni ambientali	Relazioni sull'attuazione della legislazione		5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale							
Informazioni ambientali	Stato della salute e della sicurezza umana		6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore							
Informazioni ambientali	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio		Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio							

## ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	ASSOT			
Strutture sanitarie private accreditate			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per accordi sottoscritti l'anno precedente				
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	UOEL, Informazione e comunicazione		Nota RER prot. 599043 del 15/09/2020, con riferimento all'emergenza COVID19 + Decreto del Presidente in qualità del soggetto attuatore n.51 del 9/4/2021	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. b)	(da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla fissazione dei termini				
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione				
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in caso di proroga	UOS AAT			
Altri contenuti		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC				
Altri contenuti			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento				
Altri contenuti		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	In relazione a termini indicati dall'ANAC				
Altri contenuti		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione e del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento				
Altri contenuti		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dall'atto di accertamento				
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	TUTTE LE UO			
Altri contenuti		Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 gg da eventuali variazioni				
Altri contenuti		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Entro 30 gg dal termine del semestre di riferimento				
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	TSIR			
Altri contenuti		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Entro il 31/03 di ogni anno				
Altri contenuti		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Entro il 31/03 di ogni anno				
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 - introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003)	Titolo/oggetto del contratto di sperimentazione Coice EUDRACT Promotore Codice del protocollo del promotore Data del nulla osta della Direzione Data sottoscrizione del contratto Unità operativa/e coinvolta/e Nome - cognome del principal investigator CV del principal investigator (link) Budget economico della sperimentazione (A) Rimborsi per prestazioni sanitarie aggiuntive legate alla sperimentazione (B) Totale (A+B) Data chiusura della sperimentazione (per quelle chiuse).	Trimestrale	Entro la fine del mese successivo al trimestre considerato	GOVERNO CLINICO		cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
Altri contenuti		L. 24 del 8/3/2017 art. 2, co. 5	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento secondo le indicazioni di cui alla nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	Annuale	31/3 per anno precedente	GOVERNO CLINICO		cfr. nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11 c.2-quater L.3/2003	Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art.11 c.2-quater L.3/2003)	Elenco dei progetti finanziati con Codice Unico di Progetto con indicazione di CUP, importo totale del finanziamento, fonti finanziarie, data di avvio del progetto e stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	In prima attuazione con riferimento al 31/12/2020: entro 31/3/2021 Successivamente con riferimento al 31/12: entro 28/2 dell'anno successivo	UOEL, UOPTI		cfr.nota OIV-SSR Prot. 05/02/2021.0099560.U + indicazioni ulteriori fornite da Servizio Gestione Amministrativa	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Linee guida sulla parità di genere del 6/10/2022	Trasparenza di genere	Informazioni disponibili relative alla parità di genere, ad esempio - bilancio di genere (per le aziende che l'hanno adottato) - relazione annuale del CUG sulla situazione del personale - link al sito del CUG	Tempestivo	Entro 30 gg dalla disponibilità di nuove informazioni	CUG		Cfr. lavoro svolto nell'ambito della Rete per l'Integrità e la Trasparenza (attiva ex art. 15 Lreg 18/2016)	

## ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Altri contenuti	Dati ulteriori	PNA 2022 (pag.117)	Attuazione misure PNRR	Provvedimenti amministrativi emanati per l'attuazione del PNRR oppure link che rinvia ad una pagina del sito istituzionale dedicata al PNRR	Tempestivo	Entro 30gg dall'adozione	UOPTI, UOEL, TSIR, FORMAZIONE			
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art.9 c.6 ACN 17/12/2015 - Accordo Collettivo Nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie	Incarichi per area e ore di attività	Numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi dell'ACN	Annuale	31/3 per anno precedente	ASSOT			
Altri contenuti	Dati ulteriori		Giornate della trasparenza	Programma degli eventi ed eventuale materiale divulgativo	Tempestivo	entro 30 gg dall'evento	UOS AAT			
Altri contenuti	Dati ulteriori	DPCM 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture di servizio	Censimento delle autovetture di servizio	Tempestivo	entro 30 gg dalla comunicazione dei dati al dipartimento della	UOEL			
Altri contenuti	Dati ulteriori		Privacy	Normativa in materia e informative sul trattamento dati	Tempestivo	Entro 30gg dall'adozione	UOSGAL			