

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ASL_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000289
DATA: 31/07/2025 16:35
OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente provvedimento è stato firmato digitalmente da Petrini Anna Maria in qualità di Direttore Generale

In assenza di Meschi Michele - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Carlini Stefano - Direttore Amministrativo

Su proposta di Marilia Maci - UO Programmazione e Controllo (SC) che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [04-01]
- [02-04-01]

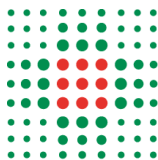
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Dipartimento della Diagnostica e dei Servizi di Supporto
- Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica - DIAP
- Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo - DIGIRI (IRCCS AOU)
- Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Scientifica
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Operativa
- UO Direzione Amministrativa IRCCS (SC)
- UO Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS (SC)
- Direzione Generale
- Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Sanità Pubblica
- Dipartimento Chirurgie Generali
- Dipartimento Chirurgie Specialistiche
- Direzione Sanitaria
- Direzione Assistenziale



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.



- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento dell'Integrazione
- Dipartimento della Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale
- Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere - DAATO
- Dipartimento della Rete Ospedaliera
- UO Comunicazione (SS)
- UO Sviluppo Organizzativo e Gestione Operativa (SC)
- UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)
- UO Affari Generali e Legali (SC)
- UO Libera Professione (SC)
- UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità (SC)
- UO Committenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato (SC)
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Emergenza Interaziendale - DEI
- Dipartimento della Riabilitazione
- Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - DFI
- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)
- UO Anticorruzione e Trasparenza (SC)
- UO Governo dei Percorsi di Screening (SC)
- UO Governo dei Percorsi Specialistici (SC)
- UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)
- Distretto Città di Bologna
- Distretto Pianura Ovest
- Distretto Savena Idice
- Distretto Pianura Est
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Distretto dell'Appennino Bolognese
- Direzione Amministrativa
- Direzione delle Attività Socio Sanitarie

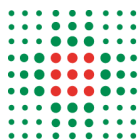
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000289_2025_delibera_firmata.pdf	Carlini Stefano; Maci Marilia; Petrini Anna Maria	F2F3CA12B7522A92B49849F61D3B74429 39723D128212F3879ADBFF60C7AEDDB
DELI0000289_2025_Allegato1.pdf:		8E34E36BB5E2E28D5AE49BD276317ED0 1DFACF7434B27220B63B45D5E89CAB06



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

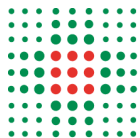
Su proposta congiunta dei Direttori delle Strutture Complesse UO Anticorruzione e Trasparenza e Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP, ciascuno per gli ambiti di rispettiva pertinenza, i quali esprimono contestuale parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

VISTI

- Il D.L. 9 giugno 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 aprile 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 giugno 2022, n. 81, avente ad oggetto: “*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*”;
- Il D.M. 30 giugno 2022, n. 132, avente ad oggetto “*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*”;

Richiamata la determina n. 19095 del 11 ottobre 2022 del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, con la quale 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 suddetto il gruppo di lavoro 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;

Preso atto che con determina n. 8835 del 12 maggio 2025 è stata modificata la composizione del predetto gruppo di lavoro, ridefinendo i soggetti a supporto del percorso di implementazione del PIAO;

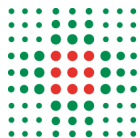
Richiamata la DGR n. 990 del 19 giugno 2023 avente ad oggetto "*Linee guida per la predisposizione Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale*", con la quale è stata disposta l'adozione del PIAO 2023-2025 da parte degli Enti e Aziende 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 e che 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 luglio 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 luglio 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 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 garantire la piena attuazione in una logica di coerenza sistemica;

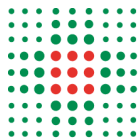
Tenuto conto di quanto disposto nella DGR n. 973 del 23 giugno 2025, recante "Linee guida per la predisposizione del Piano integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR" - Modifica, integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del Piano integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR", che conferma i contenuti delle Linee guida di cui alla DGR 990/2023, e 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;

Preso atto che la citata DGR 973/2025 dispone 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 Bologna, alla quale sono stati assegnati nuovi obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 68/2025;

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 su esposto, è stato redatto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027, a cura della competente UOC “Programmazione e Controllo”, con il contributo dei servizi competenti per ambito di attività, il cui testo 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
- Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025-2027

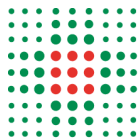
Posto che gli aspetti attuativi degli obiettivi strategici rappresentati nelle specifiche sottosezioni del PIAO sono contenuti e/o aggiornati annualmente nelle Linee Guida al Budget annuale e/o in specifici e separati atti;

Ritenuto che il Piano che qui si approva soddisfi, in merito a struttura e contenuti previsti, le disposizioni sopra richiamate, da ultimo la DGR n. 973 del 23 giugno 2025;

Vista la nota PG n. 95785 del 30/07/2025, con la quale l'OAS ha espresso parere favorevole all'adozione del PIAO, verificandone in via preventiva la congruenza nella struttura e nei contenuti rispetto alle linee Guida regionali di cui alla DGR n. 990/2023 così come modificata dalla DGR n. 973/2025;

Vista la nota PG n. 95723 del 30/07/2025 con la quale il direttore del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale ha formalizzato il Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA);





Vista la nota PG n. 95214 del 30/07/2025 con la quale il Direttore della UO Anticorruzione e Trasparenza ha formalizzato la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;

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;

Rilevato che il Piano per l'Uguaglianza di Genere e delle Azioni Positive 2023-2025, adottato con deliberazione n. 297/2023 e ancora vigente, sarà aggiornato in corso d'anno;

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 giugno 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:

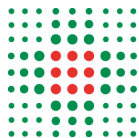
- Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2025-2027
- Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2025-2027

3. di procedere, nel prosieguo, all'eventuale aggiornamento/revisione del predetto Piano nell'ipotesi in cui si verifichino 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.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:
Marilia Maci





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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) Azienda USL di Bologna

Anni 2025 – 2027

Indice

EXECUTIVE SUMMARY

1 – PREMESSA

2 – SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

2.2 Come operiamo

2.3 Il contesto di riferimento

2.4 I dati di attività

2.5 I dati economici

2.6 Il personale

3 – SEZIONI E SOTTOSEZIONI DI PROGRAMMAZIONE: IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

A. DIMENSIONE DELL'UTENTE

A.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso alla domanda

A.1.1 Governo delle liste di attesa

A.1.2 Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

A.1.3 Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (compresa assistenza protesica attuazione DGR 2312/2024)

A.1.4 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)

A.1.5 Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere

A.2 Sottosezione di programmazione dell'integrazione

A.2.1 Assistenza territoriale e applicazione del DM 77/2022

A.2.1.1 Case di comunità e medicina di iniziativa

A.2.1.2 Infermieri di famiglia e comunità

A.2.1.3 Centrali operative territoriali

A.2.1.4 Sviluppo delle cure domiciliari

A.2.1.5 Ospedali di comunità

A.2.1.6 Sviluppo della rete di cure palliative

A.2.2 Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita

A.2.3 Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

A.2.3.1 Salute nelle carceri

A.2.4 Ambito sociosanitario

A.2.4.1 Consolidamento dei punti unici di accesso PUA

A.2.4.2 Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti

A.2.4.3 Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza

A.2.4.4 Governo della rete dei servizi socio-sanitari per persone con disabilità

A.3 Sottosezione di programmazione degli esiti

A.3.1 Programmazione degli esiti

B. DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

B.1. Sottosezione di programmazione della struttura d'offerta e della produzione

- B.1.1 Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche
 - B.1.1.1 Rete Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare
 - B.1.1.2 Rete delle Malattie Rare e Rete Neuroscienze
 - B.1.1.3 Rete Oncologica e Oncoematologica
 - B.1.1.4 Rete chirurgica aziendale
 - B.1.1.5 Concentrazione piattaforme (chirurgica, NGS, farmaci antitumorali, magazzini farmaceutici, sangue, ecc...)
- B.1.2 Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute
 - B.1.2.1 Promozione della Salute
 - B.1.2.2 Prevenzione
 - B.1.2.3 Antimicrobicoresistenza e sicurezza alimentare
 - B.1.2.4 Sicurezza dei lavoratori

B.2. Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario

- B.2.1 Governo della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici
 - B.2.1.1 Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi
 - B.2.1.2 Informatizzazione delle prescrizioni e dei Piani Terapeutici /Scheda prescrittiva
 - B.2.1.3 Governo dei dispositivi medici
- B.2.2 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario
- B.2.3 Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale
- B.2.4 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

B.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

- B.3.1 Sviluppo della telemedicina
- B.3.2 Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale
- B.3.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
- B.3.4 Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico – Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione
- B.3.5 Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi
 - B.3.5.1 Raccolta dei dati, consolidamento dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze
 - B.3.5.2 Adempimenti nei flussi informativi
- B.3.6 POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)

B.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale

- B.4.1 Governo delle Risorse Umane

B.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

- B.5.1 Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza

C. DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

C.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

C.1.1 Attività di ricerca

C.1.2 Attività di ricerca IRCCS delle Scienze Neurologiche

C.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo

C.2.1 Valorizzazione del capitale umano

C.2.1.1 Percorsi formativi innovativi per lo sviluppo delle competenze professionali, digitali e manageriali

C.2.1.2 I sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti

C.2.1.3 Percorso formativo nelle Case della Comunità CasaCommunityLab (CCLaB)

D. DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

D.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria

D.1.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario

D.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR

D.2.1 Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici

D.2.2 Governo degli investimenti PNRR

D.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

D.3.1 Azioni per lo sviluppo sostenibile

D.3.1.1 Trasformazione green degli edifici e della gestione degli impianti delle strutture sanitarie

D.3.1.2 Mobilità e trasporti sostenibili

D.3.1.3 Trasformazione green dei processi e dei prodotti

4 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Allegato 1 - Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027 (POLA)

Allegato 2 - Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza 2025-2027

Sigle e abbreviazioni

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADR	Adverse Drug Reaction
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
ANA	Anagrafe Nazionale Assistiti
ARA	Anagrafe Regionale Assistiti
ASA	Assistenza specialistica ambulatoriale
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
AVR-RT	Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CAU	Centri di Assistenza e Urgenza
CCC	Condizioni Croniche Complesse
CCE	Cartella Clinica Elettronica
CCLaB	Case della Comunità CasaCommunityLab
CCMSSA	Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario Aziendale
CDM	Commissione Dispositivi Medici
CIS	Contratto Istituzione di Sviluppo
COT	Centrali Operative Territoriali
CPP	Cure Palliative Pediatriche
CRA	Casa Residenza per Anziani
CSM	Centri Salute Mentale
CST	Cartella Sanitaria Territoriale
CTSS	Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria
CUG	Comitato Unico di Garanzia
CUM	Centrale Unica Metropolitana
CUP	Centro Unico di Prenotazione
CUR	Centrale Unica di Risposta
DAE	Defibrillatore Automatico Esterno
DAI	Dipartimento ad Attività Integrata
DATER	Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DEMA	Prescrizione Dematerializzata dei farmaci
DF	Dossier Formativi
DFI	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
DM	Dispositivi Medici
DSMDP	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
DSP	Dipartimento Sanità Pubblica
FAR	Fondo Aziendale della Ricerca
FER	Fonte Energetica Rinnovabile
FHQ	First Hour Quintet
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GEP	Gender Equality Plan
GRU	Gestione Informatizzata delle Risorse Umane
HTA	Health Technology Assessment
ICT	Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IOR	Istituto Ortopedico Rizzoli
ISNB	Istituto delle Scienze Neurologiche
ISSS	Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali
IST	Infezioni Sessualmente Trasmesse
IVG	Interruzione Volontaria di Gravidanza
LARC	Long Acting Reversible Contraception

LDV	Liberiamoci dalla Violenza
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MIB	Malattie invasive batteriche
MMG	Medico di Medicina Generale
MTA	Malattie a Trasmissione Alimentare
NGS	Next Generation Sequencing
NPIA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OASI	Osservatorio Aziendale per lo Sviluppo e l'Innovazione
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OdC	Ospedale di Comunità
OSCO	Ospedali di Comunità
PAA	Politica aziendale di allattamento al seno
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAR	Piano Aziendale per la Ricerca
PBCC	Programma Dipartimentale Bambino Cronico Complesso
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PEU	Partecipazione, Equità e Umanizzazione delle Cure
PL	Posti Letto
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PNPV	Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale
PON	Piano Oncologico Nazionale
PPI	Inibitori di pompa protonica
PRI	Piano Regionale Integrato
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
PIAO	Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
POLA	Piano Organizzativo del Lavoro Agile
PUAP	Punto Unico di Accesso Pediatrico
PSAL	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
PTFP	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale
RCP	Rete locale di Cure Palliative
RER	Regione Emilia-Romagna
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RTI	Residenza a Trattamento Intensivo
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SERDP	Servizi per le Dipendenze Patologiche
SGQ	Sistema Gestione Qualità
SIAN	Servizio di Igiene degli alimenti e nutrizione
SIAR	Sistema Informativo Socio-assistenziale e Riabilitativo
SIGLA	Sistema Integrato di Gestione delle Liste d'Attesa
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
TAD	Tipologia di Assistenza Domiciliare
TC	Tomografia Computerizzata
TCI	Team Cure Intermedie
TI	Terapia Intensiva
TSI	Terapia semi-intensiva
UASS	Unità Attività Socio Sanitarie
UCPD	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UO	Unità Operativa
UVMP	Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica

Executive Summary

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali, rendicontati annualmente mediante la relazione sulla performance.

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

Attraverso il PIAO, l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il PIAO è quindi un documento:

- fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale dell'Azienda USL di Bologna con DGR n. 68/2025, che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite;
- con validità triennale e stabile, non a scorrimento (a meno che non si verifichino significativi cambiamenti organizzativi o di contesto);
- con aggiornamenti annuali, nel corso del triennio di riferimento che consentano, qualora necessario, di aggiornarne aspetti specifici dando attuazione alla programmazione strategica mediante la definizione di obiettivi o azioni operative (in primo luogo tramite il processo annuale di budget o mediante la declinazione di altri aspetti di dettaglio);
- rivolto sia verso l'esterno, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità del loro monitoraggio e rendicontazione, sia verso l'interno dell'Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che, come detto, si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);
- che integra tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, e superati singolarmente, al fine di fornire una visione di sintesi integrata; il PIAO pertanto, in applicazione dei principi generali di integrazione e semplificazione perseguiti dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito con L. 6.8.2021 n. 113, assorbe al suo interno il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive e il Piano dei fabbisogni del Personale;
- in conformità a quanto previsto dalle Linee guida per la predisposizione del PIAO nelle Aziende ed Enti del SSR, adottate con DGR n. 990 del 19/06/2023 e successivamente modificate e integrate dalla DGR n. 973/2025, mantenendo la possibilità di evidenziare aspetti di specifico interesse locale all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

1 Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025–2027 dell'Azienda USL di Bologna è stato redatto in conformità alla DGR n. 990/2023, con cui la Regione Emilia-Romagna (RER) ha approvato le Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR, in attuazione dell'art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

È stata inoltre recepita la DGR n. 973/2025, che introduce modifiche e integrazioni, in particolare agli allegati A1 e A2, che riguardano gli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali, ulteriori obiettivi strategici definiti a livello regionale e gli indicatori di valore pubblico e performance.

Gli obiettivi strategici triennali sono declinati annualmente nel sistema di Budget aziendale, che ha come principale fonte di riferimento il presente Piano, oltre che la programmazione regionale annuale e gli 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).

Attraverso l'adozione del PIAO, i suoi aggiornamenti periodici, i documenti attuativi e le 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, garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

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 al 31/12/2024 attraverso la descrizione dell'assetto organizzativo delle strutture aziendali e la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite e 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 68 del 23/01/2025 e dei successivi atti regionali e nazionali di programmazione intervenuti nel tempo. In calce ad ogni sottosezione viene rappresentato il corrispondente 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. La scelta di tale insieme di indicatori è avvenuta prendendo come riferimento il sistema Informativo InSiDER, implementato a livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale e integrato da quanto previsto dal Nuovo sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti.

Il quarto capitolo del Piano descrive il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale e le modalità organizzative e operative adottate in Azienda per il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli impegni di budget.

2 Scheda descrittiva dell'Azienda

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

La Legge regionale n. 21 del 20 ottobre 2003 istituisce dal 1° gennaio 2004 l'Azienda USL di Bologna, quale unificazione delle tre precedenti aziende Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord.

L'Azienda USL di Bologna fa parte della Città Metropolitana di Bologna e partecipa formalmente e fattivamente all'Area Vasta Emilia Centro (AVEC).

L'Atto Aziendale (Delibera n.4 del 28/01/2005 e successive modificazioni e integrazioni) stabilisce che l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale, e che la sua sede legale è a Bologna, in via Castiglione 29. Nel 2023, con Delibera n.256 del 19/07/2023 si è provveduto, fra l'altro, ad una riformulazione degli art. 21 e 22 dell'Atto Aziendale relativi, rispettivamente, alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie ed alla Direzione Assistenziale, al fine di adeguarne il contenuto alle indicazioni pervenute dalla Regione Emilia-Romagna con deliberazione di Giunta Regionale n. 771 del 15/05/2023.

Il Direttore delle Attività Socio-Sanitarie e il Direttore Assistenziale diventano componenti della direzione strategica dell'Azienda USL, assumendo un ruolo attivo nelle seguenti dimensioni:

- partecipano al processo di pianificazione strategica;
- collaborano sinergicamente con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, in attuazione delle direttive del Direttore Generale;
- operano in coerenza con le strategie aziendali complessive, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, favorendo la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali nell'ambito delle rispettive competenze professionali;
- sono componenti del Collegio di Direzione.

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, integrando anche i servizi sociali e socioassistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino - in quanto titolare del diritto alla salute - l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la sostenibilità economica e finanziaria.

2.2 Come operiamo

L'Azienda USL di Bologna è articolata territorialmente in sei Distretti ed organizzata in Dipartimenti che costituiscono il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. Al suo interno è inoltre presente l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche" (IRCCS ISNB), istituito ai sensi della Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008 e successivi provvedimenti attuativi.

Completano l'assetto organizzativo aziendale, la Direzione Attività Socio-Sanitarie e il Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo.

L'Azienda USL di Bologna presenta un insieme capillare di sedi erogative sul territorio, articolato in un Presidio Unico ospedaliero composto da 9 stabilimenti, l'IRCCS ISNB, 11 Case della Comunità Hub, 8 Case della Comunità Spoke e 59 Poliambulatori che garantiscono l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico.

Le evoluzioni organizzative e di processo degli ultimi anni, quali l'implementazione di piattaforme logistiche, professionali ed operatorie, gli ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale, i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, sono realizzate sulla base di una struttura delle responsabilità organizzative, cliniche ed assistenziali, di tipo matriciale.

L'assetto organizzativo aziendale presenta una continua evoluzione volta ad assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed una maggiore omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative aziendali, anche in un'ottica di integrazione tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana, nonché di maggiore integrazione tra ospedale e territorio, anche al fine di garantire la progressiva attuazione degli standard di assistenza territoriale introdotti con DM 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

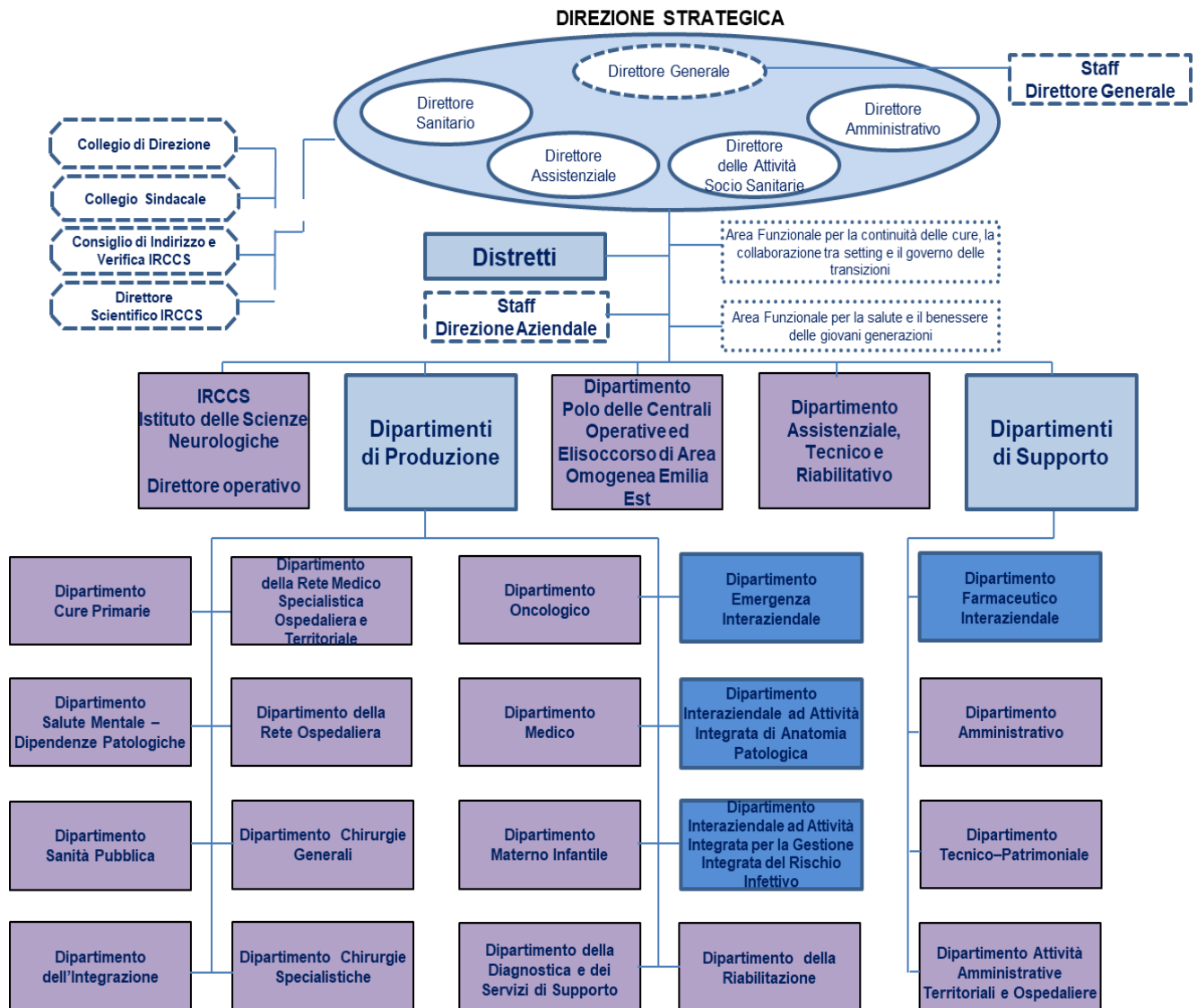
Anche nel 2024 l'Azienda ha proseguito il percorso di revisione organizzativa per la definizione di ulteriori reti territoriali ed ospedaliere nell'area metropolitana.

La fondamentale importanza del tema delle integrazioni ed unificazioni interaziendali ha rappresentato nel corso degli ultimi anni e rappresenta tutt'oggi un aspetto fondamentale della pianificazione strategica ed un driver importante per la governance dei servizi sanitari dell'ambito metropolitano. A partire dal 2015, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015, le Aziende dell'area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che caratterizzano tali Aziende:

- attività amministrative, tecniche e professionali;
- attività di diagnostica e/o di supporto;
- attività cliniche mediche e chirurgiche.

Nel 2024, in aderenza con le indicazioni regionali e coerentemente alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del Servizio "Numero Europeo Armonizzato 116117", l'Azienda ha provveduto all'istituzione del Dipartimento Polo delle Centrali Operative ed Elisoccorso di Area Omogenea Emilia Est che manterrà rapporti funzionali con i dipartimenti di emergenza-urgenza e di cure primarie delle Aziende Sanitarie di Modena, Bologna e Ferrara, e ha dato seguito inoltre alle indicazioni regionali per la realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del Servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112, operativo dal 03/12/2024.

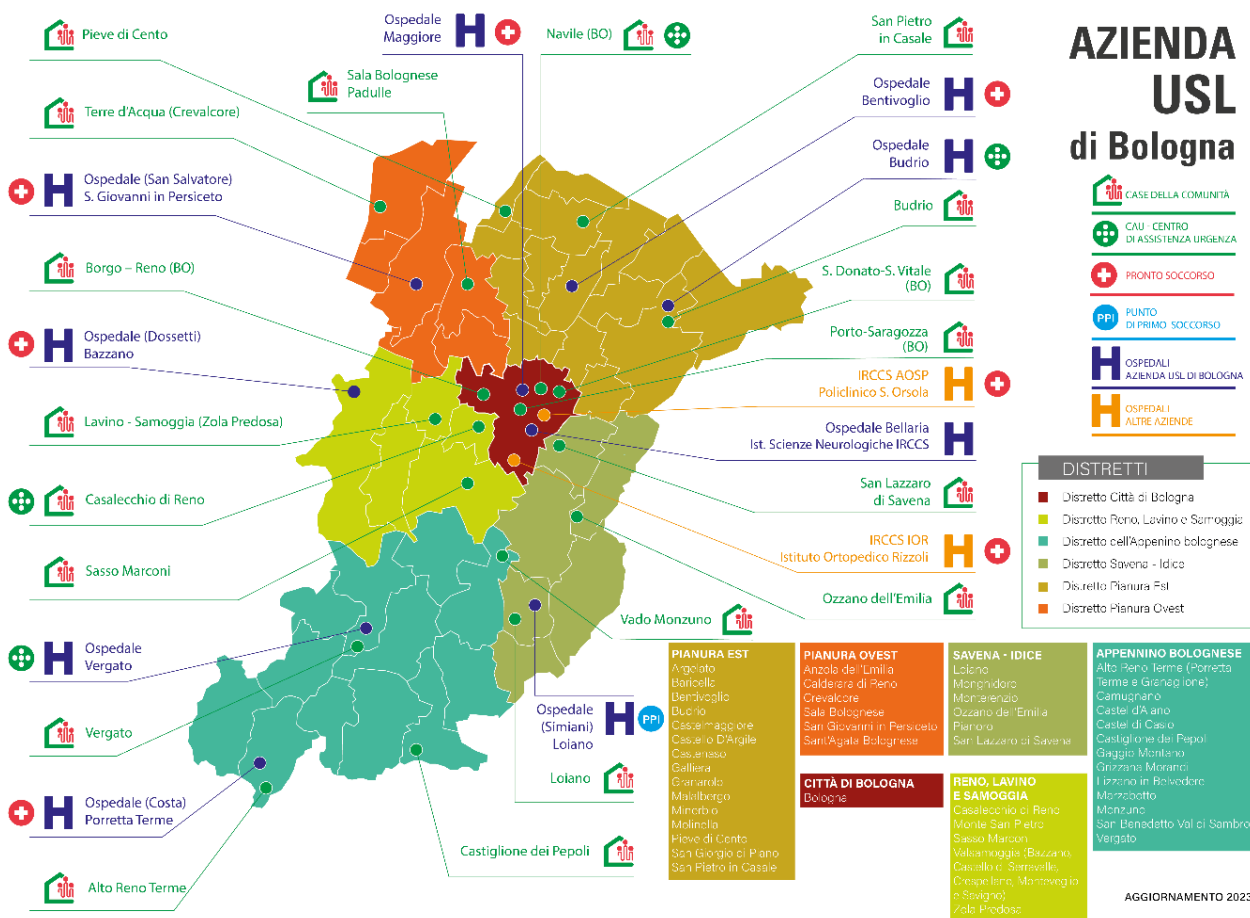
Di seguito, si rappresenta l'assetto organizzativo complessivo dell'Azienda USL di Bologna e si riportano gli organigrammi delle articolazioni aziendali alla data del 31/12/2024.



2.3 Il contesto di riferimento

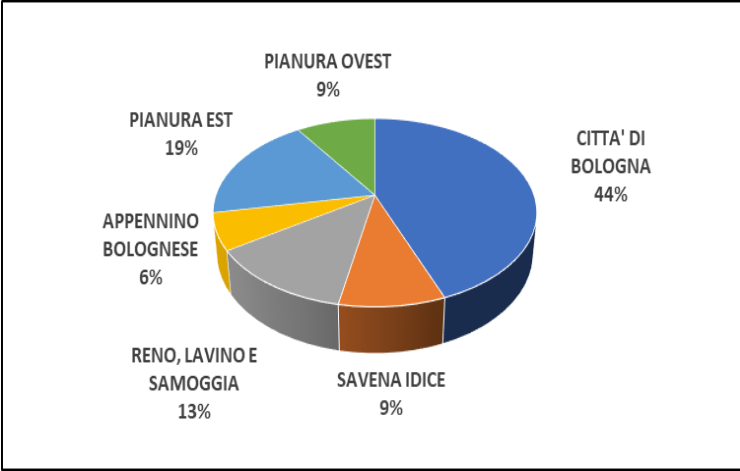
L'Azienda USL di Bologna opera su un territorio coincidente con 45 comuni della provincia di Bologna, con una popolazione complessiva di 889.582 abitanti (Popolazione residente all'1/1/2024 pubblicata annualmente dalla Regione Emilia-Romagna), distribuiti nei suddetti 45 comuni suddivisi in 6 distretti.

L'Azienda si colloca al centro della Regione Emilia-Romagna, divisa in due dall'importante arteria stradale della Via Emilia: l'intero territorio passa dall'area appenninica adiacente alla Toscana a Sud (province di Pistoia e Firenze), all'area padana confinante a Nord-Est con la Provincia di Ferrara. Ad Est troviamo l'Azienda USL di Imola, che comprende i restanti 10 comuni della Provincia di Bologna e la Provincia di Ravenna, mentre ad Ovest quella di Modena.



Complessivamente l'Azienda si estende per 2915,4 Km², di cui quasi il 60% rappresentato da zone montano-collinari. Questa situazione spiega sia la complessità della viabilità locale, con le relative difficoltà di mobilità per la popolazione residente, sia la distribuzione della popolazione residente per aree geografiche disomogenee.

Gran parte della popolazione residente nell'Azienda risiede nel Distretto Città di Bologna, che rappresenta da solo il 44% di tutti i residenti. La distribuzione della popolazione residente all'1/1/2024 per Distretto, genere e classi di età è la seguente:



MASCHI E FEMMINE	CLASSI DI ETÀ				
DISTRETTI	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	40.620	255.584	40.848	54.965	392.017
SAVENA IDICE	8.395	49.755	9.755	11.481	79.386
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	12.309	71.972	12.706	15.811	112.798
APPENNINO BOLOGNESE	5.444	35.189	7.480	8.057	56.170
PIANURA EST	19.417	107.098	18.567	20.168	165.250
PIANURA OVEST	9.713	54.449	9.344	10.455	83.961
Totale Azienda USL Bologna	95.898	574.047	98.700	120.937	889.582
% per classi di età	10,8	64,5	11,1	13,6	100,0

MASCHI	CLASSI DI ETÀ				
DISTRETTI	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	20.708	126.647	18.116	21.345	186.816
SAVENA IDICE	4.423	24.791	4.564	4.973	38.751
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.323	35.894	5.886	6.666	54.769
APPENNINO BOLOGNESE	2.802	18.037	3.726	3.557	28.122
PIANURA EST	10.050	53.687	8.788	8.514	81.039
PIANURA OVEST	4.906	27.522	4.514	4.392	41.334
Totale Azienda USL Bologna	49.212	286.578	45.594	49.447	430.831
% per classi di età	11,4	66,5	10,6	11,5	100,0

FEMMINE	CLASSI DI ETÀ				
DISTRETTI	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	19.912	128.937	22.732	33.620	205.201
SAVENA IDICE	3.972	24.964	5.191	6.508	40.635
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	5.986	36.078	6.820	9.145	58.029
APPENNINO BOLOGNESE	2.642	17.152	3.754	4.500	28.048
PIANURA EST	9.367	53.411	9.779	11.654	84.211
PIANURA OVEST	4.807	26.927	4.830	6.063	42.627
Totale Azienda USL Bologna	46.686	287.469	53.106	71.490	458.751
% per classi di età	10,2	62,7	11,6	15,6	100,0

I dati della popolazione residente, che si utilizzano ai fini dell'allocazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale, derivano dal flusso delle anagrafi comunali attivo in Regione Emilia-Romagna e sono estraibili dal sito <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/popolazione>. Il modello di allocazione delle risorse pesa la popolazione utilizzando target specifici di popolazione per livello di assistenza.

I dati della popolazione assistita corrispondono al numero di persone che hanno scelto il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) sul territorio dell'Azienda USL di Bologna. I dati di seguito riportati sono coerenti con quelli esposti nel Quadro G del Modello FLS 11 al 01/01/2024:

Assistibili	Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
MODELLO FLS 11 Anno 2024 (scelte MMG e PLS)	0 - 13 anni	47.693	45.138	92.831
	14- 64 anni	271.260	278.891	550.151
	65- 74 anni	44.850	51.948	96.798
	75 anni e oltre	48.866	69.830	118.696
	Totale assistibili	412.669	445.807	858.476

La popolazione assistita non coincide con la popolazione residente alla medesima data, in quanto tra gli assistiti sono presenti anche pazienti non residenti che hanno scelto il MMG o il PLS sul territorio Aziendale, viceversa tra i residenti ci sono persone che possono non avere scelto il MMG o il PLS nell'Azienda USL di Bologna. Nel 2024 la popolazione esente da ticket è composta da 129.199 assistiti esenti per età o reddito e da 178.947 assistiti esenti per altri motivi quali invalidità, malattie rare e patologie.

2.4 I dati di attività

ASSISTENZA OSPEDALIERA

PRONTO SOCCORSO

L'Azienda USL nel corso del 2023 ha trasformato i Pronto Soccorso (PS) di Budrio e Vergato in Centri di Assistenza e Urgenza (CAU), con apertura h24 su 7 giorni. Pertanto, non è più possibile fare un corretto confronto con i volumi di attività degli anni precedenti. Al fine di fornire un confronto omogeneo escludendo i PS di Budrio e Vergato anche dal 2023 si conferma una diminuzione dello 0,63% (1.257 accessi) degli accessi ai PS.

Tab. A – Accessi al PS per sede e struttura – anni 2022-2023-2024 (fonte dati: CR-Afferiti)

Pronto soccorso	2022	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
Maggiore - PS generale	78.800	80.578	77.874	-2.704	-3,36%
Maggiore - PS pediatrico	15.041	16.934	15.696	-1.238	-7,31%
Maggiore - Amb. ostetrico-ginecologico	10.326	10.574	10.936	362	3,42%
Bazzano - PS generale	18.609	19.317	17.942	-1.375	-7,12%
Bentivoglio - PS generale	32.204	34.355	36.563	2.208	6,43%
Budrio - PS generale (fino al 31/10/2023)	14.920	12.406		-12.406	-100%
Loiano - Punto di primo intervento	5.460	5.698	6.016	318	5,58%
Porretta - PS generale	13.055	13.386	14.345	959	7,16%
S. G. Persiceto - PS generale	18.574	18.239	18.452	213	1,17%
Vergato - PS generale (fino al 07/11/2023)	5.843	4.880		-4.880	-10%
Totale accessi	212.832	216.367	197.824	-18.543	-8,57%
di cui Rossi	5.764	5.988	6.355	367	6,13%
di cui Arancioni	15.844	17.414	19.298	1.884	10,82%
di cui Azzurri	53.246	56.616	57.815	1.199	2,12%
di cui Verdi	109.006	107.950	90.933	-17.017	-15,76%
di cui Bianchi	28.911	28.347	23.363	-4.984	-17,58%
N. accessi in PS seguiti da ricovero (compresi pz. che hanno rifiutato il ricovero)	34.205	32.125	32.364	239	0,74%
Filtro Ricoverati/Accessi compresi Rifiuta Ricovero	16,07	14,85	16,36	1,51	0,74%
N. pazienti trasferiti	3.832	3.560	4.394	834	23,43%
N. abbandoni dal PS	17.658	18.816	11.130	-2.844	-14,85%
Tasso di abbandono	8,44	8,85	8,24	-0,61	-6,87%
N. Osservazione Breve Intensiva (OBI)	15.753	15.106	10.225	-2.525	-16,72%
OBI Ricoverati / Obi Totali	47,04%	44,48%	42,58%	-1,90%	-4,27%
OBI Totali/Accessi Totali	7,40%	6,98%	6,36%	-0,62%	-8,91%
N. Fast Track Totali	7.614	8.272	7.743	-529	-6,40%
N. Triage dinamici	20.668	26.432	30.505	4.073	15,41%

Si evidenzia un aumento degli accessi dei codici di maggiore gravità; Rossi +6,13%, Arancioni +10,82%, Azzurri +2,12% mentre quelli a bassa gravità hanno una diminuzione significativa: Verdi -15,76%, Bianchi -17,58% (Tab. A). Queste ultime variazioni possono essere attribuite all'apertura dei CAU partire dalla fine del 2023 e durante il 2024.

I CAU, che afferiscono alla rete assistenziale delle cure primarie, rappresentano un modello di applicazione del DM77 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale previsti nelle Case della Comunità; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei PS (ex DGR 1206/2023).

Per quanto riguarda il numero di "triage dinamico", in aumento del 15,41%, si evidenzia che in tutti i PS aziendali (Hub-Spoke) sono stati messi in atto interventi assistenziali per permettere prima di accedere alla visita medica la riduzione del tempo di processo complessivo.

L'attività dei CAU attivati in Azienda dopo l'emanazione della circolare 9/2023 sono quelli riportati, con la relativa data di apertura, nella Tab. B.

Tab. B - Accessi ai CAU per struttura – anni 2023 -2024

Struttura CAU	2023	2024
CAU-Albertoni dal 13/05/2024		7.798
CAU-Budrio dal 01/11/2023	2.550	15.357
CAU-Casalecchio dal 18/12/2023	713	23.067
CAU-Navile dal 11/12/2023	1.445	28.089
CAU-Ospedale Maggiore dal 13/05/2024		9.119
CAU-San Lazzaro dal 20/05/2024		12.694
CAU-Vergato dal 07/11/2023	1.012	8.118
Totale	5.720	104.242

ATTIVITA' DI RICOVERO

La sintesi sull'attività di ricovero di seguito illustrata comprende i 9 stabilimenti aziendali che fanno capo al Presidio Unico e l'IRCCS ISNB di Bologna. Si tratta delle strutture pubbliche gestite dall'Azienda USL di Bologna.

Tab. C – N. pazienti dimessi dai Presidi dell'Azienda USL di Bologna (Presidio Unico di Bologna + IRCCS ISNB)

Indicatori sui dimessi (esclusi neonati sani)	regime di ricovero	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
Dimessi: n. casi	ORD + DH	53.785	54.109	324	0,60%
Dimessi: n. casi	ORD	46.635	47.021	386	0,83%
Dimessi: n. casi	DH	7.150	7.088	-62	-0,87%
Dimessi valorizzazione	ORD + DH	189.665.101	193.063.747	3.398.646	1,79%
Dimessi valorizzazione	ORD	181.027.963	184.512.737	3.484.774	1,92%
Dimessi valorizzazione	DH	8.637.139	8.551.010	-86.129	-1,00%
Dimessi: punti	ORD + DH	61.219	61.616	397	0,65%
Peso medio	ORD + DH	1,14	1,14	0	0,00%
Val. Media	ORD + DH	3.526	3.568	42	1,19%
Dimessi: n. Drg ch	ORD + DH	20.634	21.009	375	1,82%
% Drg ch	ORD + DH	38,4	38,8	0,4	1,04%

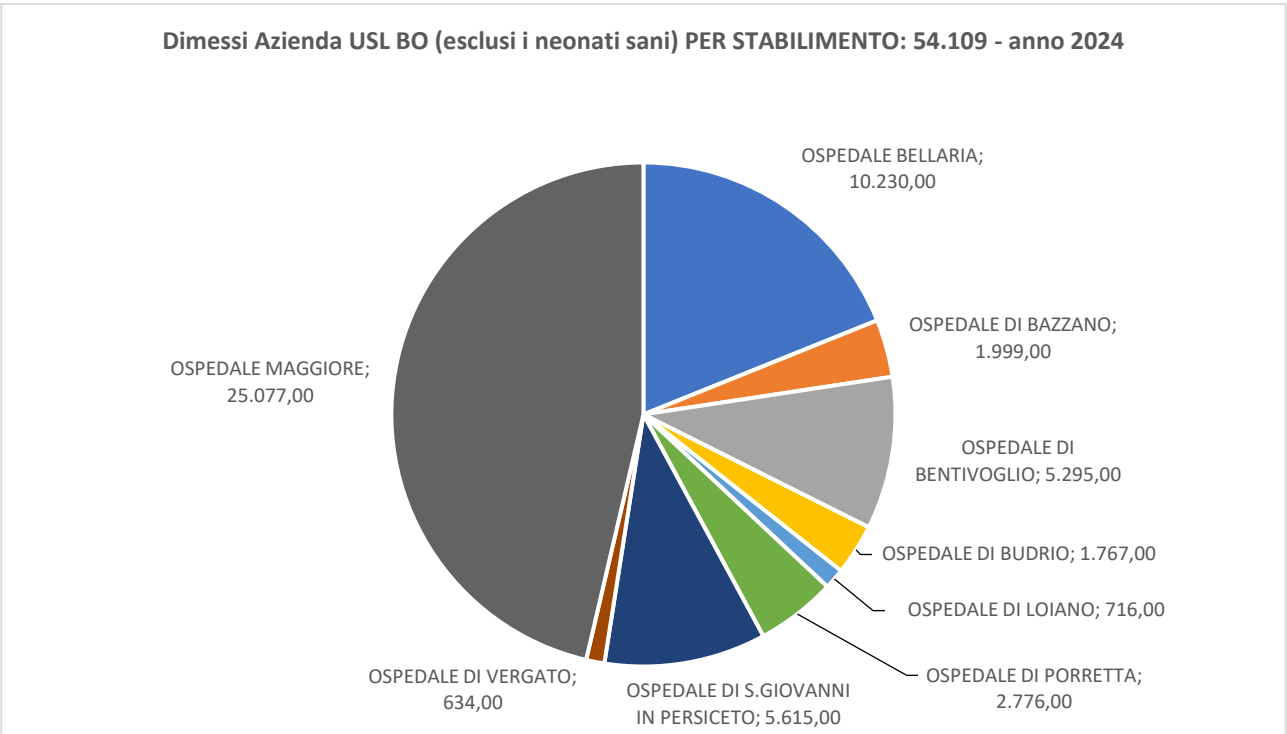
Nell'andamento dell'attività di ricovero presentato in Tab. C si osserva stabilità nel numero dei casi e nel peso medio tra l'anno 2023 e l'anno 2024, con un lieve aumento del 1,2%, della valorizzazione economica media e un lieve aumento della percentuale di DRG chirurgici (+1%).

Di seguito si registra una diminuzione del 1,7% del numero dei parti e un trend in diminuzione della percentuale dei parti cesarei che passano dal 24,2% dell'anno 2023 al 23,4% dell'anno 2024 (Tab. D).

Tab. D – Neonati sani dimessi dal Presidio Unico Azienda USL di Bologna

	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
Neonati sani	3.156	3.138	-18	-0,57%
Neonati sani valorizzazione	1.057.935	1.051.061	-6.874	-0,65%
Parti	3.800	3.734	-66	-1,74%
% Parti cesarei	24,2	23,4	-0,8	-3,31%

Del totale dei pazienti ricoverati nell'anno 2024 (Tab. E) sono dimessi per l'11% dall'ISBN e per l'89% dagli stabilimenti afferenti al Presidio unico dell'Azienda USL di Bologna. Nelle tabelle E.1, E.2, E.3 sono riportati i dimessi per regime di ricovero, peso medio e valorizzazione per presidio e stabilimento. Complessivamente i dimessi sono così ripartiti: il 46,3% dall'Ospedale Maggiore, il 19,9% dall'Ospedale Bellaria, il 10,4% dall'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, il 9,8% dall'Ospedale di Bentivoglio, il 5,1% dall'Ospedale di Porretta, il 3,7% dall'Ospedale di Bazzano, il 3,3% dall'Ospedale di Budrio, l'1,3% dall'Ospedale di Loiano, l'1,2% dall'Ospedale di Vergato.



Tab. E - Distribuzione dimessi per Presidio e Stabilimento (escluso i neonati sani) – anni 2023 -2024

PRESIDI	STABILIMENTI	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023	distribuzione % per sede 2024
PRESIDIO UNICO	Maggiore	23.594	24.012	418	2%	44%
	Bellaria	5.429	5.294	-135	-2%	10%
	Bazzano*	2.758	1.999	-759	-28%	4%
	Porretta terme	2.879	2.776	-103	-4%	5%
	Vergato	709	634	-75	-11%	1%
	Loiano	712	716	4	1%	1%
	Budrio	1.702	1.767	65	4%	3%
	Bentivoglio	5.342	5.295	-47	-1%	10%
	S. G. Persiceto*	4.876	5.615	739	15%	10%
	Totale PRESIDIO UNICO	48.001	48.108	107	0,2%	88,9%
ISBN	Bellaria	4.701	4.936	235	5%	9%
	Maggiore	1.083	1.065	-18	-2%	2%
	Totale ISBN	5.784	6.001	217	4%	11%
Totale Azienda USL BO PUBBLICO		53.785	54.109	324	1%	100%

*Lo scostamento rilevato vs 2023 su Bazzano e San Giovanni in Persiceto è dovuto ad una modifica organizzativa del Dipartimento delle Chirurgie Generali che ha determinato uno spostamento delle attività chirurgiche di medio-bassa complessità da Bazzano a San Giovanni in Persiceto in considerazione della caratterizzazione dell'ospedale di Bazzano quale piattaforma chirurgica dedicata alla focused factory oculistica.

Tab. E.1 – Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani) - anno 2022

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARIO	DH	ORD+DH			
PRESIDIO UNICO	Maggiore	21.609	3.168	24.777	1,15	91.100.099	3.677
	Bellaria	4.499	905	5.404	1,04	15.349.234	2.840
	Bazzano	2.000	600	2.600	0,94	6.152.218	2.366
	Porretta terme	2.426	389	2.815	1,16	9.326.120	3.313
	Vergato	707		707	1,09	2.631.479	3.722
	Loiano	699		699	1,02	1.052.429	1.506
	Budrio	1.697		1.697	1,02	5.028.098	2.963
	Bentivoglio	4.879	413	5.292	1,11	17.278.892	3.265
	S. G. Persiceto	4.012	844	4.856	0,86	11.624.113	2.394
	TOT. PRESIDIO UNICO	42.528	6.319	48.847	1,09	159.542.682	3.266
ISBN	TOTALE ISBN	4.762	825	5.587	1,60	32.302.847	5.782
Totale Azienda USL BO PUBBLICO		47.290	7.144	54.434	1,14	191.845.529	3.524

Tab. E.2 – Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani) - anno 2023

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG	VALORIZZ.	VALORIZZ. MEDIA
		ORDINARIO	DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH
PRESIDIO UNICO	Maggiore	20.744	2.850	23.594	1,15	89.629.339	3.799
	Bellaria	4.352	1077	5.429	1,06	14.715.847	2.711
	Bazzano	2.116	642	2.758	0,99	6.719.526	2.436
	Porretta terme	2.449	430	2.879	1,17	9.170.444	3.185
	Vergato	709		709	1,03	2.026.256	2.858
	Loiano	712		712	1,02	1.056.180	1.483
	Budrio	1.702		1.702	1,04	5.073.514	2.981
	Bentivoglio	4.857	485	5.342	1,09	17.189.493	3.218
	S. G. Persiceto	4.048	828	4.876	0,87	12.047.117	2.471
	TOT. PRESIDIO UNICO	41.689	6.312	48.001	1,09	157.627.716	3.284
ISBN	Bellaria	3.901	800	4.701	1,49	24.208.296	5.150
	Maggiore	1.045	38	1.083	1,83	7.829.089	7.229
	TOTALE ISNB	4.946	838	5.784	1,55	32.037.385	5.539
Totale Azienda USL BO PUBBLICO		46.635	7.150	53.785	1,14	189.665.101	3.526

Tab. E.3 – Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani) - anno 2024

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG	VALORIZZ.	VALORIZZ. MEDIA
		ORDINARIO	DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH
PRESIDIO UNICO	Maggiore	21.305	2.707	24.012	1,14	92.115.587	3.836
	Bellaria	4.205	1089	5.294	1,07	14.201.791	2.683
	Bazzano	1.732	267	1.999	1,05	5.600.763	2.802
	Porretta terme	2.341	435	2.776	1,16	8.784.706	3.165
	Vergato	634		634	1,10	2.049.922	3.233
	Loiano	716		716	1,03	1.044.662	1.459
	Budrio	1.767		1.767	1,06	5.372.133	3.040
	Bentivoglio	4.802	493	5.295	1,07	16.797.819	3.172
	S. G. Persiceto	4.394	1221	5.615	0,85	13.702.109	2.440
	TOT. PRESIDIO UNICO	41.896	6.212	48.108	1,09	159.669.492	3.319
ISBN	Bellaria	4.087	849	4.936	1,50	25.935.845	5.254
	Maggiore	1.038	27	1.065	1,83	7.458.409	7.003
	TOTALE ISNB	5.125	876	6.001	1,56	33.394.255	5.565
Totale Azienda USL BO PUBBLICO		47.021	7.088	54.109	1,14	193.063.747	3.568

ASSISTENZA TERRITORIALE

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La produzione dell'Attività Specialistica nelle strutture Pubbliche dell'Azienda USL di Bologna, per pazienti Ambulanti viene erogata sia all'interno delle strutture Ospedaliere che in quelle Territoriali (Poliambulatori). Di seguito, in Tab. F, viene riportata l'attività erogata dalle strutture pubbliche aziendali, compresa la produzione che fa capo all'IRCCS ISNB.

Tab. F - Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche dell'azienda USL di Bologna - regime SSN – pazienti ambulanti (fonte dati: DWH aziendale)

Raggruppamento delle prestazioni		2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
DIAGNOSTICA	N°. prestazioni	585.285	595.408	10.123	1,73%
	Valorizzazione	24.787.984	26.769.737	1.981.753	7,99%
LABORATORIO	N°. prestazioni	10.867.919	11.409.592	541.673	4,98%
	Valorizzazione	56.863.111	61.198.540	4.335.429	7,62%
RIABILITAZIONE	N°. prestazioni	100.582	96.543	-4.039	-4,02%
	Valorizzazione	1.092.160	1.054.866	-37.294	-3,41%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	N°. prestazioni	192.050	241.935	49.885	25,98%
	Valorizzazione	21.252.617	25.001.987	3.749.370	17,64%
VISITE (prime visite e controlli)	N°. prestazioni	618.599	645.305	26.706	4,32%
	Valorizzazione	13.124.752	13.658.531	533.779	4,07%
TOTALE	N°. prestazioni	12.364.435	12.988.783	624.348	5,05%
	Valorizzazione	117.120.625	127.683.661	10.563.036	9,02%
	Valor. media	9,5	9,8	0,3	3,48%
<i>di cui:</i>					
TOTALE escluso l'aggregato di prestazioni di LABORATORIO	N°. prestazioni	1.496.516	1.579.191	82.675	5,52%
	Valorizzazione	60.257.514	66.485.121	6.227.607	10,33%
	Valor. media	40,3	42,1	1,8	4,47%

L'attività del 2024 rispetto al 2023 registra un aumento del numero di prestazioni di circa il 5,05% e della valorizzazione del 9,02%. Escludendo le prestazioni di laboratorio, che rappresentano circa l'88% di attività, si registra un +5,52% di prestazioni e un +10,33% della valorizzazione.

CURE INTERMEDIE

I posti letto di cure intermedie sono finalizzati, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, ad ottenere il recupero dell'autonomia o all'assicurare assistenza continuativa a particolari tipologie di pazienti. Nel corso del 2024 non si sono verificati cambiamenti nella situazione dei posti letto.

In Tab. G.1 si evince la cronistoria dei posti letto dalla data di prima istituzione avvenuta nel 2018. Attualmente sono attivi 10 posti a Vergato ed 8 a Loiano.

Tab. G.1 – Posti Letto di cure intermedie – anni 2018 -2024

Stabilimento	Data di apertura	2018	2019	2020	2021	2022	2023 - 2024
Osco Loiano	28/06/2018	10	10	chiuso da 1 aprile - 30 giugno. Ridotto a 8 PL	8	8	8
Osco Vergato	21/05/2018	10	10	10-aperto fino al 16 marzo (data ultimo dimesso)	4 (ricoveri dal 25/10/21 al 03/12/21 per il resto utilizzati COVID)	10	10
Cure Intermedie H. Bellaria (poi Villa Erbosa)	07/02/2019	-	16	16 - chiuso dal 13 marzo - 30 giugno poi trasferito attività a Villa Erbosa	16 attività svolta a Villa Erbosa. Chiusi e utilizzati per Covid dal 15/03/21 al 12/04/21	16	16, chiusi dal 15/10/2023
Osco S.Giovanni in Persiceto	28/10/2019	-	4	4 aperto fino al 17 marzo (data ultimo dimesso)	4 Non si registrano ricoveri	4, chiusi a Settembre 2022	
TOTALE		20	40	38	38	34	18

Nel 2024 sono stati dimessi 232 pazienti, con un calo di 109 rispetto al 2023 per effetto della chiusura dei posti letto di cure intermedie del Bellaria (Tab. G.2).

La degenza media è di 19 giornate, praticamente invariata rispetto al 2023 con una variabilità che va da un minimo di 1 a un massimo di 63 giorni di permanenza. Il dettaglio dei dimessi per stabilimento e modalità di dimissione è presentato in Tab. G.3.

Tab. G.2 – N. Dimessi in cure intermedie -anni 2023- 2024 (fonte: banca dati RER)

Stabilimento	2023	2024	diff.23/24	diff. % 23-24
Osco Loiano	98	122	24	24%
Osco Vergato	74	110	36	49%
Cure Intermedie H. Bellaria	169	-	-	-
TOTALE	341	232	-109	-31%

Tab. G.3 – N. Dimessi in cure intermedie per stabilimento e modalità di dimissione - anno 2024 (fonte: banca dati RER)

Stabilimento OSCO	Deceduto	Domicilio	Trasferito altro ospedale	Struttura Socio Sanitaria	Dim. protetta c/o Hospice	Dimissione volontaria	Totale
Loiano	1	74	11	35	-	1	122
Vergato	1	89	10	9	1	-	110
TOTALE	2	163	21	44	1	1	232

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è impostata su un modello di presa in carico integrata del paziente a domicilio. I dati di seguito rappresentati (Tab. H) fanno riferimento alla Banca dati Regionale dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Gli episodi al domicilio nell'Azienda USL di Bologna, 30.450 nel 2024, si riferiscono a Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) di tipo Medico (MMG/PLS) nel 17% dei casi, di tipo infermieristico nel 65%, Cure Palliative di base nel 4%, Specialistiche nel 7% ed in assistenza sociosanitaria nel 7%.

Si segnala che il sensibile calo degli episodi di assistenza sociosanitaria nel 2024 rispetto al 2023 è in parte compensato dall'aumento degli episodi di assistenza infermieristica. Tali episodi si riferiscono agli inserimenti di over 65 anni che nel 2023 erano stati considerati assistenza sociosanitaria, mentre nel 2024 sono stati inseriti in assistenza infermieristica, in quanto prevalentemente prelievi presi in carico dagli infermieri.

Tab. H – Assistiti ed episodi ADI - anni 2023- 2024 (fonte: Flusso SI-ADI banca dati RER)

	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	26.681	26.785	104	0,38%
Episodi	30.171	30.450	279	0.92%
<i>di cui:</i>				
<i>In assistenza di medicina generale</i>	5.050	5.090	40	0,79%
<i>In assistenza infermieristica</i>	12.932	19.582	6.650	+51%
<i>In assistenza socio sanitaria</i>	9.326	2.320	-7.006	-76%
<i>In cure palliative di base</i>	880	1.268	388	44%
<i>In cure palliative specialistiche</i>	1.983	2.190	207	10%
Durata media della Presa in Carico in giorni	143	169	26	18%

HOSPICE

Nell'Azienda USL di Bologna è importante l'impegno nella presa in carico dei malati terminali, attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali che coinvolgono trasversalmente tutti i setting assistenziali. Assistenza domiciliare e assistenza residenziale (Hospice), insieme all'assistenza ospedaliera ed all'assistenza ambulatoriale specialistica, compongono la Rete delle Cure Palliative. Gli Hospice sul territorio dell'Azienda USL di Bologna alla data del 31/12/2024 sono 3 e contano 58 posti letto così distribuiti (Tab. I.1):

Tab. I.1 – N. Posti letto in Hospice - anno 2024

Posti Letto	2024
Hospice MT Chiatore Seragnoli sede di Bentivoglio	30
Hospice Bellaria fondazione Seragnoli Bologna	13
Hospice Casalecchio	15
TOTALE	58

In Tab I.2 sono indicati i volumi di assistiti trattati e di ricoveri, in aumento rispetto al 2023. Sostanzialmente stabile la degenza media.

Tab. I.2 – N. Assistiti, ricoveri e degenza media in Hospice – anni 2023-2024 (fonte: flusso informativo RER Hospice)

Indicatori	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
Assistiti	1.139	1.235	96	8,4%
Ricoveri	1.211	1.320	109	9%
Degenza media	14,3	13,9	-0,4	-2,3%

ASSISTENZA IN STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Nel 2024 l'assistenza nelle strutture residenziali registra un aumento del 3,9% nel numero di ospiti. La durata media della permanenza per paziente è sostanzialmente invariata rispetto al 2023 (-3 giorni). Nelle strutture semi-residenziali per anziani gli ospiti sono aumentati di oltre l'8% rispetto al 2023 (Tab. L).

Tab. L – Assistenza e semiresidenziali: N. utenti - (fonte: flusso FAR)

Tipo di struttura	2022	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
Residenziale	4.617	4.720	4.904	184	3,90%
Semi-residenziale	1.070	1.225	1.328	103	8,41%
Totale	5.687	5.945	6.232	545	9,17%

PEDIATRIA DI COMUNITA' - COPERTURA VACCINALE IN ETA' PEDIATRICA AZIENDA USL DI BOLOGNA

La Pediatria di Comunità dell'Azienda USL di Bologna, anche nel 2024, ha proseguito l'impegno nella prevenzione vaccinale.

In Tab. M sono riportati gli indicatori di copertura vaccinale per le categorie obbligatorie nell'infanzia e nella prima adolescenza.

Tab. M – Indicatori di copertura vaccinale (fonte: pediatria territoriale)

Coperture vaccinali	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
copertura 2 dosi di esavalente al 12° mese	97,09	95,68	-1,42	-1,46
copertura vaccinale morbillo al 24° mese	96,29	96,65	0,36	0,37
copertura vaccinale 1 dose di MPR (morbillo, parotite, rosolia) al 24° mese	96,25	96,65	0,39	0,41
copertura vaccinale con 3 dosi di esavalente al 24° mese	96,25	96,50	0,24	0,25
copertura vaccinale antimeningococcico al 24° mese	91,17	91,34	0,16	0,18
copertura vaccinale anti-pneumococcico al 24° mese	91,75	91,74	-0,01	-0,01
copertura vaccinale rosolia al 13° anno	97,49	95,71	-1,79	-1,83
copertura vaccinale rosolia al 16° anno con 1^ dose	97,79	96,92	-0,87	-0,89
copertura vaccinale HPV al 12° anno (pop. Femminile)	67,05	64,30	-2,75	-4,11
copertura vaccinale HPV al 13° anno (pop. Femminile)	77,37	76,90	-0,48	-0,62

CONSULTORI FAMILIARI

L'attività complessiva dei Consultori Familiari di seguito descritta comprende anche quella degli Spazi Giovani, degli Spazi Giovani Adulti e del Consultorio delle donne Immigrate e dei loro bambini. Si rileva un incremento nel 2024 rispetto al 2023 di utenti, accessi e prestazioni (Tab. N).

Tab. N – Attività dei consultori famigliari (fonte: flusso SICO)

	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
UTENTI	57.845	61.909	4.064	7,03
<i>di cui gravide prese in carico e parto nell'anno:</i>	4.102	3.836	-266	-6,48
Accessi	126.811	142.902	16.091	12,69
Prestazioni	136.791	156.805	20.014	14,63

NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA (NPIA)

I dati di Tab. O si riferiscono all'attività erogata dalla NPIA territoriale. Si rileva un incremento dei valori di tutti gli indicatori rispetto all'anno precedente.

Tab. O – Attività NPIA Territoriale (fonte: SW RER CURE)

	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
n. pazienti trattati	10.811	12.276	1.465	13,55
<i>di cui nuovi</i>	3.611	4.589	978	27,08
n. prestazioni	97.461	117.635	20.174	20,70

DIPENDENZE PATOLOGICHE

I dati di Tab. P si riferiscono all'attività erogata dai servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche. Si rileva un aumento di utenti complessivi in carico, in particolare per dipendenza da alcool e da gioco d'azzardo patologico.

Tab. P – Utenti in carico alle Dipendenze Patologiche (fonte: flusso CURE)

UTENTI IN CARICO	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
n. utenti in cura presso il ser.t.	3.787	3.997	210	5,55
<i>di cui:</i>				
<i>utenti tossicodipendenti in carico</i>	2.561	2.583	22	0,86
<i>utenti alcolisti in carico</i>	980	1094	114	11,63
<i>utenti giocatori d'azzardo patologico (gap) in carico</i>	246	287	41	16,67

SALUTE MENTALE ADULTI

La Tab. Q.1 riporta i pazienti in carico ai Centri Salute Mentale (CSM) adulti presenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna dal 2023 al 2024. Si rileva un incremento in tutti gli indicatori rappresentati.

Tab. Q.1 – Pazienti in carico ai CSM adulti

	2023	2024	diff. 2024-2023	diff. % 2024-2023
n. pazienti trattati	17.642	18.787	1.145	6,49
n trattamenti (prodotti)	27.551	28.095	544	1,97
n. prestazioni	155.844	171.320	15.476	9,93

In Tab. Q.2 vengono descritti i tipi di trattamento effettuati sul territorio aziendale nel 2024 per pazienti in carico ai CSM adulti.

Tab. Q.2 – Tipi di trattamento forniti ai pazienti in carico ai CSM adulti (Fonte: SW RER CURE)

TIPO DI TRATTAMENTO	2024
Controllo liquidi e materiale biologici	86
Controllo periodico dello stato di salute fisica	437
Gruppo clinico o di supporto	239
Intervento socio-assistenziale	295
Trattamenti socio-riabilitativo formazione e/o lavoro	1.120
Trattamenti socio-riabilitativo socialità-espressività	222
Trattamento clinico-medico dipendenze patologiche	85
Trattamento clinico-psichiatrico	11.680
Trattamento clinico-psicologico	268
Trattamento clinico-psicoterapeutico	629
Trattamento farmacologico	10.347
Trattamento ospedaliero (ricovero)	558
Trattamento psicoeducativo e di supporto	330
Trattamento residenziale sanitario	365
Trattamento residenziale socio-sanitario o educativo	266
Trattamento semiresidenziale sanitario	239
Trattamento semiresidenziale socio-sanitario o educativo	2
Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare	927
TOTALE	28.095

Prevenzione

Per ciascuna delle aree di attività del Dipartimento Sanità Pubblica (DSP) sono evidenziati alcuni dei principali dati di produzione monitorati. Di seguito, si rilevano incrementi in alcune attività dello screening, igiene alimenti e nutrizione, impiantistico, veterinario e tutela salute ambienti di lavoro e sicurezza a fronte di generalizzati decrementi, alcuni dei quali fisiologici post-pandemia (Tab. R).

Tab. R - Attività del dipartimento di prevenzione-monitoraggio di alcuni indicatori

DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE	2023	2024	diff.	diff. %
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute	68.377	61.678	-6.699	-9,80
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute per 100.000 res.> 5anni	8.062,33	7.233,94	-828	-10,27
DSP – CENTRO SCREENING	2023	2024	diff.	diff. %
popolazione residente 25-64 anni invitata a partecipare al programma di screening cervicale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	244.747	244.467	-280	-0,11
popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening mammografico - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	127.047	131.331	4.284	3,37
popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening colon rettale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	258.665	260.919	2.254	0,87
DSP - IGIENE PUBBLICA	2023	2024	diff.	diff. %
n. dosi vaccinali somministrate adulti e adolescenti	56.428	54.866	-1.562	-2,77
dosi vaccinali per 100.000 ab. Res. ≥ 18 anni (al 1° genn.)	7.459,8	7.205,1	-254,72	-3,41
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite	3.794	3.519	-275	-7,25
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	428,3	395,6	-32,69	-7,63
n. sopralluoghi	2.370	1.964	-406	-17,13
n. sopralluoghi per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	267,5	220,8	-46,75	-17,47
DSP - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	2023	2024	diff.	diff. %
n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione	1.300	1.293	-7	-0,54
%n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione su unità locali censite	12,74	12,67	-0,07	-0,54
n. controlli acque potabili effettuati	2.676	2.756	80	2,99
n. controlli acque potabili effettuati / n. controlli acque potabili programmati	1,03	1,06	0,03	2,99
n. campioni di alimenti effettuati per piano RER	471	452	-19	-4,03
n. campioni di alimenti effettuati / n. campioni alimenti programmati per piano RER	0,97	1,02	0,05	5,52
DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO	2023	2024	diff.	diff. %
n. apparecchi impianti verificati	6.541	6.037	-504	-7,71
n. verifiche di gru a torre effettuate	253	284	31	12,25
% gru a torre effettuate su n. verifiche di gru a torre richieste	100	100	0	0,00
n. cantieri edili oggetto di vigilanza rispetto al rischio di folgorazione programmati nel territorio Azienda USL-BO	100	100	0	0,00

DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE	2023	2024	diff.	diff. %
% cantieri edili controllati su quelli oggetto di vigilanza rispetto al rischio di folgorazione nel territorio Azienda USL BO	115	101	-14	-12,17
DSP – SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	2023	2024	diff.	diff. %
n. campioni area veterinaria effettuati	18.443	16.862	-1.581	-8,57
% campioni area veterinaria effettuati sui programmati	119,1	108,89	-10	-8,57
n. interventi chirurgici area veterinaria A effettuati	890	945	55	6,18
% interventi chirurgici area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0	0,00
n. sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati	228	199	-29	-12,72
% sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0	0,00
sopralluoghi per ig. urbana area veterinaria A effettuati per 100.000 ab res.	25,74	22,37	-3	-13,08
DSP - TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E SICUREZZA	2023	2024	diff.	diff. %
n. unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro	3.366	3.495	129	3,83
% unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro su unità locali censite	8,00	8,22	0,22	2,80
n. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva	449	391	-58	-12,92
n. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva su n. imprese programmate per attività di informazione ed assistenza attiva	0,96	0,83	-0,12	-12,92
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati	850	838	-12	-1,41
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati su n. cantieri edili oggetto di vigilanza programmati	0,98	1,00	0,01	1,29
DSP - MEDICINA DELLO SPORT	2023	2024	diff.	diff. %
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6 - 17 anni	9.367	8.022	-1.345	-14,36
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6-17 anni per 1000 ab residenti di età 6-17 anni	102,17	88,03	-14,14	-13,84
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18 - 64 anni	2.133	1.461	-672	-31,50
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18-64 anni per 1000 ab residenti di età 18-64 anni	3,79	2,70	-1,10	-28,92
n. prime visite di idoneità agonistica per 1000 ab res.	12,98	10,66	-2,32	-17,88

2.5 I dati economici

SCHEMA DI BILANCIO	2023		2024		Variazione 2024/2023	
Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Importo	%	Importo	%	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	2.095.749.592	100%	2.236.182.175	100%	140.432.583	6,7%
A.1) Contributi in c/esercizio	1.793.994.760	86%	1.867.120.477	83%	73.125.718	4,1%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.863.250	0%	- 1.233.078	0%	630.172	-33,8%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	19.584.051	1%	35.511.434	1%	15.927.383	81,3%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	195.341.341	9%	225.474.713	9%	30.133.373	15,4%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	30.748.017	1%	46.662.840	2%	15.914.823	51,8%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	29.889.699	1%	31.601.660	1%	1.711.961	5,7%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	23.813.142	1%	26.075.045	1%	2.261.903	9,5%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	0%	-	0%	-	0%
A.9) Altri ricavi e proventi	4.241.832	0%	4.969.083	0%	727.250	17,1%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	2.102.303.135	100%	2.203.652.196	100%	101.349.061	4,8%
B.1) Acquisti di beni	239.104.182	11%	271.953.566	12%	32.849.384	13,7%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	1.135.740.335	54%	1.210.360.643	55%	74.620.308	6,6%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	104.476.257	5%	111.647.430	5%	7.171.173	6,9%
B.4) Manutenzione e riparazione	29.227.962	1%	31.208.866	1%	1.980.903	6,8%
B.5) Godimento di beni di terzi	15.396.874	1%	16.306.563	1%	909.688	5,9%
B.6) Costi del personale	479.934.474	23%	492.571.352	22%	12.636.877	2,6%
B.7) Oneri diversi di gestione	4.234.395	0%	4.416.883	0%	182.487	4,3%
B.8) Ammortamenti	36.853.838	2%	38.761.688	2%	1.907.850	5,2%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	600.050	0%	1.386.806	0%	786.756	131,1%
B.10) Variazione delle rimanenze	-2.672.988	0%	- 8.190.098	0%	- 5.517.110	206,4%
B.11) Accantonamenti	59.407.754	3%	33.228.499	2%	- 26.179.255	-44,1%
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-1.446.143		- 1.318.633		127.509	-8,8%
E) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	43.720.746		-13.096.421		- 56.817.167	-130,0%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DI ESERCIZIO	35.705.555		36.586.015		880.460	2,5%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	15.506		-18.471.090		- 18.486.596	

Con riferimento all'anno 2024, i dati economici rappresentati nel bilancio d'esercizio riflettono l'impatto delle azioni volte al recupero dei tempi di attesa delle attività di ricovero e ambulatoriali,

all'applicazione del DM77/2022, compresa la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, e allo sviluppo di nuove progettualità, anche a valenza regionale, quali, ad esempio, il Numero Unico Europeo per le emergenze NUE 112.

La perdita d'esercizio 2024 è stata ripianata integralmente dalla Regione Emilia-Romagna con le risorse destinate alla copertura dei disavanzi 2024 delle Aziende del SSN con DGR n. 818 del 26/05/2025.

2.6 Il personale

L'Azienda USL di Bologna è una realtà a elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante. Al 31 dicembre 2024 il personale dipendente dell'Azienda USL di Bologna ammonta a 9.380 unità. Nella tabella che segue, il personale dipendente presente a fine periodo viene rappresentato per macro-profilo di appartenenza e per tipologia di rapporto di lavoro (fonte dati GRU BI).

Personale dipendente Macro-profilo e tipo tempo	presenti al 31.12.2024			presenti al 31.12.2023			delta vs 2023		
	TI	TD	TOTALE	TI	TD	TOTALE	TI	TD	TOTALE
Dirigenti medici e veterinari	1.401	48	1.449	1.405	30	1.435	-4	18	14
Dirigenti sanitari	265	4	269	244	24	268	21	-20	1
Dirigenti PTA	81	1	82	76	1	77	5	0	5
Personale infermieristico - ostetriche	183	5	188	169	1	170	14	4	18
Personale infermieristico - infermieri	3.706	0	3.706	3.730	12	3.742	-24	-12	-36
Personale ota oss ausiliari	1.250	0	1.250	1.221	1	1.222	29	-1	28
Personale tecnico sanitario	281	5	286	278	6	284	3	-1	2
Personale tecnico sanitario-LAB	278		278	268		268	10	0	10
Personale tecnico sanitario della riabilitazione	397	15	412	380	13	393	17	2	19
Personale tecnico sanitario-RAD	232		232	231		231	1	0	1
Personale amministrativo	776	21	797	785	1	786	-9	20	11
Altro personale	365	8	373	344	8	352	21	0	21
Ricercatore sanitario	7	33	40		38	38	7	-5	2
Collab. Prof.le ricerca sanitaria	3	15	18		26	26	3	-11	-8
Totale	9.225	155	9.380	9.131	161	9.292	94	-6	88

Rispetto alla rappresentazione del personale dipendente al 31/12/2024 per sesso e classi di età, si osserva che la classe di età con una frequenza più alta per le donne è la 55-64 anni (31%), mentre gli uomini sono equamente distribuiti nelle tre fasce di età centrali.

Sesso	Classi di età						% di sesso sul totale
	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	Totale	
Femmine	1.251	1.389	1.968	2.110	108	6.826	72,8%
Maschi	446	689	681	675	63	2.554	27,2%
Totale	1.697	2.078	2.649	2.785	171	9.380	100%
% classi di età sul totale	18,1%	22,2%	28,2%	29,7%	1,8%	100%	

Al personale dipendente al 31/12/2024 si aggiungono 59 unità di personale universitario in convenzione e 17 unità di personale con contratto di lavoro atipico.

Completano le risorse umane dell'Azienda 540 MMG, 113 PLS, 190 medici di continuità assistenziale e 197 Medici specialisti ambulatoriali convenzionati.

La tabella che segue illustra l'andamento delle assunzioni e cessazioni di rapporti di lavoro dipendente, avvenute negli anni dal 2020 al 2024.

Anno	Unità assunte			Unità cessate				Diff. v.a. assunte-cessate	% turnover
	per mobilità da altra P.A.	altre procedure	Totale assunzioni	per mobilità vs altra P.A.	per inabilità	altri motivi	Totale cessazioni		
2020	67	1.282	1.349	128	15	684	827	522	163,1%
2021	74	958	1.032	119	14	615	748	284	138,0%
2022	35	690	725	95	17	693	805	-80	90,1%
2023	30	441	471	60	12	572	644	-173	73,1%
2024	24	720	744	41	19	610	670	74	111,0%

Le assunzioni del 2024 comprendono la stabilizzazione di 15 unità di personale, di cui 12 nella dirigenza sanitaria (Medico/Veterinario/Sanitario) SSN e 3 nel comparto SSN. L'indice di turnover complessivo, calcolato come rapporto tra assunzioni e cessazioni si attesta al 111%.

Per quanto attiene alle assenze effettuate dal personale dipendente, nella tabella sottostante vengono riportate il numero assoluto e percentuale delle giornate di assenza, suddivise per tipologia, genere e anno. (fonte: Conto Annuale dal 2022 al 2024 in corso di validazione)

Tipo assenza	Femmine			Maschi		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Assenze per malattia retribuite	93.221 (43%)	75.330 (40%)	76.804 (39%)	25.121 (50%)	19.149 (47%)	19.235 (47%)
Congedi retribuiti art. 42c.5 Dlgs151/2001	12.785 (6%)	13.066 (7%)	15.116 (8%)	4.298 (9%)	3.998 (10%)	2.848 (7%)
Legge 104/92	18.194 (8%)	20.521 (11%)	21.253 (11%)	4.600 (9%)	4.558 (11%)	5.082 (12%)
Maternità, congedo parentale e mal. figli	54.281 (25%)	53.659 (28%)	56.934 (29%)	3.224 (6%)	3.770 (9%)	3.888 (9%)
Congedi parentali COVID 19	701 (0%)	0	0	107 (0%)	0	0
Altri permessi ed assenze retribuite	23.644 (11%)	22.073 (12%)	24.318 (12%)	9.085 (18%)	7.987 (19%)	8.389 (20%)
Scioperi	229 (0%)	769 (0%)	1.192 (1%)	88 (0%)	261 (1%)	361 (1%)
Altre assenze non retribuite	13.708 (6%)	3.345 (2%)	3.349 (2%)	3.875 (8%)	1.265 (3%)	1.459 (4%)
Totale	216.763	188.763	198.966	50.398	40.988	41.262

Nel 2024, le assenze per malattia costituiscono il 39% delle assenze totali per le donne a fronte del 47% per gli uomini; mentre le assenze per maternità, congedo parentale e malattia figli rappresentano il 29% delle assenze per le donne e solo il 9% per gli uomini. Complessivamente il numero delle assenze registra un incremento nel 2024 per tutti i tipi di assenze.

3 SEZIONI E SOTTOSEZIONI DI PROGRAMMAZIONE: IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

A. DIMENSIONE DELL'UTENTE

A.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso alla domanda

A.1.1 Governo delle liste di attesa

L'Azienda USL di Bologna ha elaborato un Piano di Produzione 2024, con evidenza dell'incremento di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale e le relative modalità organizzative previste. L'Azienda ha garantito il rispetto dei tempi di attesa, pur non realizzando tutta la produzione dichiarata nel Piano Straordinario di Produzione inviato in Regione con Nota Prot.36262 del 22/03/2024 ad oggetto: "Integrazione note protocollo 29062 e 28976 - Piano produzione specialistica ambulatoriale e liste di attesa chirurgiche".

Per l'attività specialistica ambulatoriale, il trend degli indicatori evidenzia un miglioramento rispetto all'anno 2023 nonché un risultato migliore rispetto alla media regionale.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	86,92	83,41	89,35	85,61	≥ 90%	Miglioramento
IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	92,31	89,86	96,05	94,09	≥ 90%	Mantenimento
IND0795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	99,87	99,84	99,89	89,74	≥ 90%	Mantenimento
D11Z	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D (tipo accesso = 1 – SSN)	81,75	81,57	84,22	76,08	≥ 90%	Miglioramento
D10Z	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (tipo accesso = 1 – SSN)	95,4	95,63	97,0	80,21	≥ 90%	Mantenimento

Le linee operative per il prossimo periodo si articolano su diverse linee programmatiche:

- **Presa in carico congiunta della cronicità attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).** Lo sviluppo dei PDTA regionali per le più frequenti patologie croniche permette di favorire in tempi brevi la contestualizzazione e l'applicazione di questi percorsi a livello locale, attraverso il coinvolgimento di vari attori, fra cui la Medicina Generale, gli Infermieri di Comunità, gli Specialisti Ambulatoriali, ecc, in linea con il futuro disegno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali. Diventa quindi prioritario definire indicatori di processo ma soprattutto di esito, che superino la dinamica della singola prestazione a favore del percorso di reale presa in carico dell'utente per tutte le fasi della malattia cronica. La piattaforma di telemedicina e device messi a disposizione dal PNRR saranno molto utili per il monitoraggio dei pazienti cronici.
- **Appropriatezza prescrittiva.** Le misure per favorire l'appropriatezza prescrittiva per essere realmente efficaci dovranno coinvolgere ed essere dirette verso tutti i prescrittori a tutti i livelli,

sia MMG/PLS, che specialisti delle varie branche. È fondamentale, come anticipato nella DGR 620/24, l'inserimento dei protocolli prescrittivi in tutte le cartelle cliniche usate dai MMG e dagli specialisti, attraverso meccanismi, condivisi a livello regionale, che li rendano vincolanti per la compilazione e l'emissione della prescrizione dematerializzata dei farmaci (DEMA).

- **Presa in carico specialistica.** Attualmente, grazie alla DGR 620/24, molto è stato fatto per la presa in carico degli utenti da parte degli specialisti, al fine di facilitare il completamento diagnostico, i follow-up e la presa in carico della cronicità; tuttavia, ancora si assiste a situazioni in cui pazienti sono sottoposti a duplicati di visite specialistiche. Per evitare le prestazioni ridondanti, all'interno delle reti cliniche, diventa quindi prioritario potenziare l'invio diretto degli utenti dal I livello (in genere erogato in ambulatori collocati in sedi Spoke) al II o III livello specialistico (erogati in ambulatori Hub) attraverso la prenotazione diretta da parte dei professionisti/operatori delle sedi Spoke abilitati a prenotare direttamente su agende dedicate delle sedi Hub.

Per quanto riguarda l'area di attività di ricovero, nel 2024, essa si è focalizzata in particolare su una migliore gestione della chirurgia a bassa complessità ed alti volumi, anche con riferimento all'attività erogata in committenza sul privato accreditato, prevedendo incontri di monitoraggio mensili. Particolarmente sfidante è stato il recupero dell'attività pregressa in lista d'attesa rimandata nel 2021 e nel 2022. Il recupero di gran parte della casistica pregressa ha inevitabilmente contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi ancora sotto i livelli ottimali.

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019, a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, si è dato seguito ai seguenti obiettivi:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (Circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo sulla relazione fra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate;
- un'adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini;
- il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.

Al fine di migliorare l'erogazione di prestazioni, per il triennio 2025-2027, verranno mantenute le seguenti attività:

- rinnovo e mantenimento di accordi per l'invio di casistica di medio-bassa complessità alla rete del privato accreditato;
- utilizzo di sedute incrementali rispetto alla pianificazione concordata di sala, assegnate in funzione delle necessità delle liste d'attesa;
- percorsi interni di supporto attivo delle Unità Operative (UO) chirurgiche, tramite monitoraggio periodico delle liste d'attesa, con segnalazione puntuale della casistica prioritaria da recuperare e delle posizioni su cui sono presenti anomalie.

In aggiunta, si prevede il mantenimento dei percorsi di specializzazione dei presidi ospedalieri della rete aziendale secondo il modello "*focus hospital*", distretti di produzione in cui concentrare discipline o specifiche linee chirurgiche per ottimizzare l'impiego delle risorse umane e tecnologiche, aumentando la *clinical competence* dei professionisti.

Già nel 2024 il blocco operatorio dell'Ospedale di Bazzano, che ospitava più discipline chirurgiche, è stato convertito a centro specifico di chirurgia oftalmica, permettendo un aumento dell'impegno orario di sala operatoria fino alle ore 18:00, con conseguente incremento annuale di circa 2.000 interventi; analogamente, l'Ospedale di San Giovanni in Persiceto è stato riconvertito in attività di

sala prevalentemente per chirurgia generale e urologia di medio-bassa complessità, mantenendo anche sedute di ortopedia e chirurgia vascolare.

Analogamente, nel 2024 sono state attivate sedute operatorie di chirurgia ambulatoriale presso lo stabilimento di San Giovanni in Persiceto, permettendo la realizzazione di percorsi di *desetting*, come da indicazioni della normativa vigente, e di adeguamento al progetto regionale di revisione dello staffing in sala operatoria, finalizzato al risparmio di personale infermieristico e anestesiologicalo.

Per il triennio 2025-2027 si prevede la piena realizzazione dei percorsi già avviati di *desetting* per le discipline di urologia e chirurgia vascolare sempre presso lo stabilimento di San Giovanni in Persiceto. Questo intervento seguirà un approccio analogo a quello già avviato presso l'Ospedale Maggiore per la gestione delle patologie urologiche di bassa complessità (fimosi e varicoceli in regime ambulatoriale). Si prevede inoltre la piena realizzazione di progetti di ridisegno e miglioramento di alcuni percorsi chirurgici attraverso la riorganizzazione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati per patologia, in analogia a quanto già avviato nel corso del 2025 per il Dipartimento delle Chirurgie Generali, che ha portato a ridefinire con tutte le UO le modalità di immissione in lista d'attesa e le modalità di erogazione degli interventi in funzione della specializzazione degli ospedali aziendali e delle filiere produttive per equipe. Ciò potrà essere facilitato dal nuovo applicativo aziendale di lista d'attesa, costruito di concerto con l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna (AOU) al fine di garantire interoperabilità tra le due aziende e attivato nel primo semestre del 2025 con la prospettiva di essere esteso nel corso del triennio a tutte le unità operative delle due aziende.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
H01Z	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti	113,47	113,8	116,67	124,25	≤ 160	Mantenimento
IND0980	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati: % casi entro i tempi di classe di priorità	70,86	74,13	76,38	75,71	≥ 80%	Miglioramento
IND0982	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	32,63	87,87	86,95	85,01	≥ 90%	Mantenimento
IND0984	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	0	73,5	83,92	76,22	≥ 90%	Mantenimento

A.1.2 Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

In ossequio agli obiettivi fissati attraverso le DGR 1129 del 08/07/2019, DGR 1230 del 2021 "Linee di indirizzo regionali per il triage in Pronto Soccorso" e DGR 1206 del 17/7/23 "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza prima fase attuativa" prosegue l'impegno per migliorare gli indicatori di processo sull'attesa e la permanenza dei pazienti in pronto soccorso e per monitorare le fasi e i processi dell'emergenza territoriale.

In particolare, gli interventi già in atto e che saranno ulteriormente implementati nel triennio 2025-2027 sono:

- Potenziare la funzione "triage dinamico" in tutti i PS aziendali (HUB e SPOKE) in ottica di anticipazione diagnostica e assistenziale, con lo scopo di ridurre i tempi di permanenza. Contestualmente sarà consolidato il gruppo di lavoro per la qualità e l'appropriatezza della funzione di triage nell'assegnazione dei codici colore.
- Applicare nel PS Hub un sistema di triage dividendo i flussi di accettazione tra pazienti ambulatori e trasportati da mezzi sanitari, implementando la fase quick-look per migliorare la performance

dei tempi di triage, indirizzare velocemente il paziente nel percorso delle patologie di rete e rendere disponibili con rapidità i mezzi di soccorso in chiave di efficientamento del sistema dell'emergenza nel suo complesso.

- Estendere l'offerta specialistica ampliando i "Fast Track" per la gestione dei codici a bassa gravità con sintomatologia mono-specialistica e con dimissione diretta da parte dello specialista.
- Potenziare gli strumenti informativi e le modalità operative di collegamento tra il PS e i servizi di assistenza territoriale, in particolare attraverso gli infermieri di continuità, il Team delle Cure Intermedie, la segnalazione per la presa in carico alle COT/CUM, gli assistenti sociali in PS
- Mantenere e sviluppare il rapporto di integrazione tra l'accesso diretto CAU e i PS, consolidando il percorso di individuazione già in fase di triage dei pazienti che possono essere indirizzati al CAU per mantenere un sistema di risposta e setting appropriati.
- Proseguire con l'esperienza maturata all'apertura dei CAU anche per garantire risposta ai bisogni nel setting più appropriato per il paziente.

Contestualmente a questa riorganizzazione ospedaliera si interverrà nella ridefinizione della rete dell'emergenza territoriale attraverso:

- Il consolidamento e ampliamento della funzione di "medico link", connesso con la Centrale Operativa e i mezzi di soccorso, con i seguenti compiti: supervisionare le situazioni critiche sino alla validazione on-line dell'impiego di adeguati protocolli clinico-assistenziali; supportare la centrale operativa nell'appropriata assegnazione delle competenze e nella fase di trattamento; supportare le scelte di avvio e sospensione dei trattamenti; partecipare al governo del sistema di emergenza pre-ospedaliero e ospedaliero.
- Monitoraggio degli interventi e delle attività di soccorso avanzati.
- L'avvio della centrale 116117 (numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura).
- Il consolidamento dell'integrazione con la CUR 112, a cui rimane il compito esclusivo di gestire la localizzazione del target e il tipo di intervento (sanitario, tecnico o di sicurezza) oltre il passaggio del servizio alle centrali di secondo livello (118-115-112-113).
- Il consolidamento delle competenze del personale per la gestione delle emergenze, anche in condizioni straordinarie legate all'attivazione delle procedure di *Disaster Recovery* e *Business Continuity*.
- Il perfezionamento del piano di diffusione capillare dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) in relazione alla nota "interventi che contribuiscono alla progressiva diffusione e l'utilizzazione dei DAE di cui alla DGR 2030 del 27 Novembre 2023" attenendosi ai criteri riportati: collocazione del DAE in luoghi accessibili 24/24h anche al pubblico; densità ottimale dei DAE non inferiore a 2 km² in area urbana; distanza dal punto di vista temporale rispetto ai luoghi di potenziale utilizzo del DAE di 4/5 minuti dal presunto arresto cardiaco; tempi di intervento del sistema di emergenza territoriale; aree con particolare afflusso di pubblico; aree con particolari specificità come luoghi isolati e zone disagiate; mezzi mobili quali pattuglie di Polizia, Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, Corpo Nazionale Soccorso Alpino. Attualmente è stato realizzato un piano di diffusione capillare in stretta collaborazione con gli enti locali e i Direttori di Distretto al fine di sensibilizzare l'importanza della disseminazione del device salva-vita. Anche per il triennio si procederà con le stesse modalità.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	56,58	68,32	66,59	72,34	≥ 80%	Miglioramento
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	82,57	80,31	73,6	85,57	≥ 90%	Miglioramento
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	16	15	16	15	≤ 18	Mantenimento
IND0919	% di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ	91,94	91,9	92,12	93,7	≥ 95%	Miglioramento
DES0030	Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata, prestazioni 118	96	96	97	-	≥ 95%	Mantenimento

La Direzione sarà impegnata anche nel triennio 2025-2027 a governare la rete dei trasporti sanitari, implementando le migliori soluzioni in termini di efficacia ed efficienza anche in relazione allo sviluppo di coprogettazione con il terzo settore.

A.1.3 Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica (compresa assistenza protesica attuazione DGR 2312/2024)

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta, attraverso la medicina di base, la prima risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Per garantire questo ruolo, la Regione, in collaborazione con le Aziende sanitarie, ha definito protocolli condivisi con MMG e medici specialisti. Questi protocolli uniformano le indicazioni cliniche per l'appropriatezza prescrittiva di visite ed esami, assicurando equità e tempestività nell'accesso alle prestazioni. Tali protocolli sono stati oggetto di formazione (indicazioni per la gestione di percorsi di cura di demenze, diabete, insufficienza renale, ambito cardiologico, diabetologico, endocrinologico, reumatologico, pneumologico, ematologico) e vengono regolarmente condivisi con la medicina generale.

Per un accesso efficace e appropriato è necessario intervenire sia sull'offerta che sulla domanda di prestazioni. Tra le azioni chiave figurano la definizione di criteri di priorità clinica condivisi, l'adozione di strumenti di gestione delle agende, la promozione di percorsi formativi per MMG e specialisti, e l'utilizzo di sistemi informativi per monitorare tempi di attesa e volumi di prestazioni erogate. È inoltre fondamentale rafforzare l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza e promuovere alternative assistenziali, come la telemedicina, quando appropriate.

Per il triennio 2025-2027, l'Azienda si propone obiettivi a medio-lungo termine focalizzati sull'appropriatezza, la presa in carico del paziente, la definizione di percorsi gestionali efficaci e l'impiego omogeneo dei professionisti.

Rispetto all'attività di governo della domanda, in termini di appropriatezza prescrittiva, si prevede la revisione e informatizzazione dei protocolli prescrittivi, l'organizzazione di eventi formativi per favorire la condivisione di percorsi clinico-assistenziali tra MMG e specialisti, e la predisposizione di un catalogo delle prestazioni richiedibili in urgenza, in linea con le indicazioni regionali. Per l'appropriatezza dell'accesso, si intende razionalizzare l'offerta distinguendo il primo accesso tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) per bisogni di nuova insorgenza, e definendo percorsi interni

dedicati a controlli, follow-up e gestione della cronicità. Questo percorso è già iniziato e si intende ottimizzarlo nei prossimi anni.

Il governo dell'appropriatezza prescrittiva sarà supportato da monitoraggi periodici dell'autosufficienza territoriale delle principali prestazioni specialistiche, con il coinvolgimento dei Distretti sanitari. Saranno organizzati audit e feedback per valutare le prescrizioni di visite specialistiche da parte di MMG e Medici di Continuità Assistenziale, avviando analisi su modelli di performance come Gastropack. Inoltre, si monitoreranno indicatori relativi ai percorsi di presa in carico specialistica all'interno dei PDTA, con audit annuali e interventi correttivi in caso di criticità.

Rispetto ai percorsi di confronto professionale, verrà implementato un progetto per fornire a MMG uno strumento pratico per dialogare direttamente con lo specialista e concordare, quando necessario, percorsi di gestione dell'utenza. Questi percorsi includono la condivisione di esami diagnostici e la definizione di accessi mirati presso ambulatori specialistici o il PS, migliorando così la collaborazione e la continuità assistenziale.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND1145	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	38,43	36,54	37,84	37,49	Aumento rispetto all'anno precedente	Miglioramento
IND0861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98,32	98,51	98,65	98,79	-	Mantenimento
IND0863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	811,32	893,13	931,96	924,98	-	Riduzione
IND0864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	702,42	667,68	649,67	719,92	-	Riduzione
D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti	77,04	70,93	61,4	75,16	-	Riduzione

Rispetto ai percorsi di assistenza protesica, la Direzione aziendale, in attuazione alla DGR 1844/2018, ha posto particolare attenzione al rispetto dei tempi di fornitura e consegna, ai percorsi di continuità assistenziale e alla formulazione di linee di indirizzo interaziendali per i medici specialisti prescrittori. Inoltre, sempre nell'ottica della tempestività della fornitura e della semplificazione dell'accesso, l'Azienda si è dotata di strumenti informatizzati per la gestione dell'intero percorso di assistenza protesica. L'Azienda ha avviato un percorso di miglioramento dell'appropriatezza attraverso:

- l'attivazione di percorsi di formazione/informazione sull'assistenza protesica con fisiatristi, fisioterapisti e altri professionisti aziendali coinvolti, al fine di consolidare e mantenere i percorsi in essere e di supportare i professionisti riguardo alla normativa specifica (superamento del DM 332/1999 e entrata in vigore del DPCM 2017) e all'applicazione della procedura aziendale PO67, in particolare ai fini del corretto utilizzo della modulistica per prescrizione di ausili in dimissione ospedaliera e da parte dei MMG;

- l'istituzione di un gruppo interaziendale col quale ha avviato un progetto relativo all'ossigenoterapia, ai fini della presa in carico continuativa dei pazienti, di una maggiore appropriatezza prescrittiva e corretto utilizzo del farmaco;
- la promozione di incontri informativi coinvolgendo amministrativi, prescrittori, fisioterapisti, sulle gare aziendali e sull'accordo quadro stipulato dalla RER;
- l'ampliamento dei percorsi interaziendali di prescrizioni alla dimissione da PS;
- l'ampliamento dell'utilizzo delle gare aziendali per l'acquisto di ausili;
- l'incremento della fornitura di ausili attraverso la gestione del magazzino che ne gestisce il riutilizzo;
- l'attivazione di specifici gruppi per l'approfondimento di tematiche anche ai fini di elaborare linee guida trasversali; attualmente sono stati attivati cinque sottogruppi su ausili tecnologici, età evolutiva, casi complessi adulto, protesi acustiche, ortesi e plantari, di cui gli ultimi due interaziendali;
- la condivisione con gli specialisti di disciplina, delle problematiche relative alle prescrizioni di protesi acustiche legate al nuovo nomenclatore, considerato che l'entrata in vigore del nuovo tariffario ha sancito definitivamente il passaggio al sistema di individuazione del fornitore attraverso gare anche per le protesi acustiche.

L'Azienda per il triennio 2025–2027 continuerà a lavorare per assicurare omogeneità, semplificazione e tempestività nel percorso di fornitura degli ausili secondo criteri di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza e favorire il raggiungimento di un migliore livello di autonomia della persona, con particolare attenzione ai diversi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali presenti a livello aziendale ed interaziendali.

Continueranno le attività della Cabina di regia aziendale sul percorso protesi ed ausili, compresa la prima revisione della Procedura aziendale. Il percorso di erogazione di ausili assistenziali e riabilitativi coinvolge numerosi professionisti, aziendali e non solo. Per tutte le figure professionali coinvolte, la procedura può essere un valido riferimento e, per diffonderla al meglio, l'Azienda USL ha organizzato diversi eventi di presentazione e altri sono in programma durante il 2025.

Si ritiene particolarmente utile e rilevante l'attività di monitoraggio del percorso di gestione degli ausili con modalità prioritaria per i PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e Sclerosi Multipla.

Proseguirà l'organizzazione di incontri informativi con i referenti di branca degli specialisti territoriali ed ospedalieri sulla prescrizione degli ausili tecnologici e informatici.

Infine, l'Azienda si impegna nell'ampliamento dell'utilizzo delle gare aziendali per l'acquisto di ausili dell'elenco 2A e 2B gestite a livello regionale da INTERCENT-ER e promuove l'espletamento di gare a livello locale (aziendale e/o di Area Vasta) per gli ausili residuali.

A.1.4 Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e diseguglianze (compreso tema inclusione ed accessibilità ex D.Lgs.222/2023)

In conformità con i valori fondamentali dell'Azienda USL di Bologna, volti a promuovere un ambiente inclusivo e accessibile, e in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale¹, l'Azienda USL di

¹ Si fa riferimento in particolare a: la Legge delega n. 227 del 22 dicembre 2021 per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, in attuazione della riforma 1.1 prevista dalla Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" del Piano nazionale di ripresa e resilienza; il Decreto legislativo n. 222 del 13 dicembre 2023 "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità", in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e) della Legge delega

Bologna ha nominato la Direttrice delle Attività Socio-Sanitarie quale dirigente di riferimento in materia di inclusione e accessibilità, con il compito di definire la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini/e ultrasessantacinquenni e dei cittadini/e con disabilità e di promuovere la corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori/trici con disabilità. Per adempiere al meglio a questo ruolo, contestualmente alla nomina, si è istituito un Board aziendale di supporto.

Per il triennio 2025-2027, il Board per l'Inclusione e l'Accessibilità – in stretta collaborazione con il Board Partecipazione, Equità e Umanizzazione delle Cure (PEU), il Comitato Unico di Garanzia (CUG), il mobility manager aziendale e i servizi che in Azienda si occupano da diverse prospettive di tematiche connesse ai temi dell'accessibilità e dell'inclusione – ha definito, quale ulteriore impegno rispetto alle attività istituzionali già in essere, 7 traiettorie di lavoro – condivise anche con il Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario Aziendale (CCMSSA) – volte a ridurre le disuguaglianze, garantire maggiore equità e migliorare la presa in carico di tutte le persone.

1) Accessibilità fisica

L'accessibilità fisica si riferisce alla possibilità, per tutte le persone, di accedere e utilizzare in modo autonomo e sicuro gli spazi, gli edifici, i servizi, indipendentemente da eventuali disabilità. Rispetto all'accessibilità fisica, nel prossimo triennio si intendono promuovere le seguenti attività:

- mappatura delle strutture aziendali con la finalità di analizzare la presenza/assenza di barriere architettoniche, spazi adeguati al passaggio di persone che utilizzano carrozzine manuali o elettriche o altri ausili, segnaletica accessibile, servizi igienici e arredi accessibili. La mappatura verrà svolta a livello distrettuale con il coinvolgimento di Direttori/trici di Distretto, responsabili di struttura e referenti organizzativi di struttura;
- graduale implementazione del *Progetto Welcome&Care* per l'accoglienza protetta e la sosta agevolata dei pazienti che effettuano terapie continuative e/o debilitanti presso gli ospedali dell'azienda con focus specifico sulle seguenti azioni riguardanti l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria:
 - ✓ accessibilità protetta ai reparti di degenza/ambulatori/PS ai pazienti che accedono con mezzo proprio o accompagnati (ambulanze, taxi, trasporti sociali) mediante aree di sosta dedicate gratuite e limitrofe agli ingressi;
 - ✓ sosta riservata e gratuita ad alcune tipologie di pazienti da tutelare nelle aree di sosta più comode e limitrofe agli ingressi della struttura;
- rielaborazione di una scheda sull'accessibilità e l'orientamento relativa all'Ospedale Maggiore che descriva come si possa garantire l'accessibilità e l'orientamento per utenti e loro accompagnatori/trici includendo informazioni su percorsi dedicati, segnaletica chiara e accessibile, servizi di supporto, informazioni in formati alternativi.

2) Accessibilità digitale

L'accessibilità digitale si riferisce alla progettazione e realizzazione di contenuti, strumenti e servizi digitali in modo che siano fruibili da tutte le persone. In pratica, significa eliminare barriere tecnologiche che potrebbero impedire a qualcuno di utilizzare un servizio digitale, garantendo pari opportunità di accesso indipendentemente da disabilità visive, uditive, motorie, cognitive o neurodiversità o altri fattori che limitano l'uso dei dispositivi digitali. L'Azienda USL di Bologna è già conforme agli standard di accessibilità dettati dall'Agenda Digitale che, insieme alla normativa europea e nazionale, stabilisce regole e obblighi per garantire l'accessibilità dei servizi

n. 227 del 22 dicembre 2021; la DGR 945 della Regione Emilia-Romagna del 27 maggio 2024 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024".

e contenuti digitali. Se l'accessibilità digitale riguarda la progettazione tecnica che permette a chiunque di usare i sistemi digitali senza barriere, nel prossimo triennio si intende lavorare in maniera più ampia anche nel supporto e accompagnamento per chi ha difficoltà nell'uso di tali sistemi, ponendosi quindi come obiettivo il:

- potenziamento della facilitazione digitale attraverso l'aumento della presenza di facilitatori/trici (già presenti in alcune Case della Comunità), con l'obiettivo di accompagnare e supportare gli utenti nell'accesso e nell'utilizzo di servizi digitali (quali Fascicolo Sanitario Elettronico-FSE, SPID...);
- potenziamento dell'attività di telemedicina per facilitare l'accessibilità per persone con disabilità e persone anziane.

3) Accessibilità relazionale e accoglienza

L'accessibilità relazionale si riferisce alla possibilità per tutte le persone di interagire e partecipare pienamente alle relazioni sociali e lavorative. Questa forma di accessibilità riguarda le modalità di comunicazione, l'atteggiamento delle persone e il contesto relazionale e si basa su una comunicazione inclusiva, il rispetto e l'ascolto, l'adattamento delle interazioni, per facilitare la comprensione e la partecipazione. Al fine di promuovere tale forma di accessibilità, nel prossimo triennio l'Azienda si propone di:

- qualificare ulteriormente il percorso DAMA già consolidato in Azienda (come da procedura P57) e promuovere maggiormente la sua diffusione in Azienda e sul territorio;
- promuovere un'applicazione di video-interpretariato per persone con deficit uditivo;
- promuovere attività di formazione rivolte al personale dell'accoglienza (portinerie, CUP/anagrafe/Ufficio Relazioni con il Pubblico) per sviluppare competenze relazionali inclusive.

4) Inclusione lavorativa del personale con disabilità

Per inclusione lavorativa delle persone con disabilità si intende l'insieme di politiche, pratiche e azioni volte a garantire che le persone con disabilità possano accedere, mantenere e crescere nel mondo del lavoro in condizioni di parità, dignità e piena partecipazione. L'Azienda si impegna attivamente a promuovere un ambiente di lavoro inclusivo e accessibile e a garantire pari opportunità e non discriminazione per il personale con disabilità, attraverso la rimozione di barriere architettoniche, organizzative e culturali. Oltre alle azioni già in essere – tra cui la mappatura annuale del personale con disabilità (in forma anonima e aggregata) e la verifica dello stato di attuazione degli obblighi di legge in materia di collocamento mirato (L. 68/1999) – nel prossimo triennio si intende svolgere le seguenti attività:

- realizzazione di un'indagine rivolta al personale dipendente sui temi dell'accessibilità e dell'inclusione in un'ottica di sensibilizzazione e mappatura dei bisogni;
- identificazione di risposte in una logica di accomodamento ragionevole su situazioni individuali.

5) Formazione continua

La formazione continua è da intendersi come strumento strategico per la promozione dell'inclusione e dell'accessibilità di persone con disabilità e persone over 65 anni e dell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità. In questa cornice, le attività di formazione si pongono gli obiettivi di: promuovere la cultura dell'inclusione e del rispetto della diversità nei servizi e nei contesti lavorativi; fornire strumenti concreti per l'inclusione e l'accessibilità;

sensibilizzare il personale sull'importanza dell'accessibilità e inclusione; diffondere la conoscenza della normativa vigente; potenziare le competenze in materia di "accomodamenti ragionevoli" e gestione inclusiva dei servizi. Nel prossimo triennio si prevede quindi di realizzare:

- corsi di formazione (in presenza o in e-learning) rivolti a tutto il personale;
- corsi di formazione specifici per figure chiave.

6) Comunicazione inclusiva

La comunicazione rappresenta un asse strategico per la promozione di una cultura organizzativa fondata sull'inclusione e sull'accessibilità. L'Azienda intende continuare il lavoro di sviluppo e consolidamento di un sistema di comunicazione interna ed esterna inclusivo, accessibile e coerente con i valori di equità, partecipazione e responsabilità sociale. Oltre alle azioni già in essere, nel prossimo triennio si intende inoltre:

- analizzare la cartellonistica in un'ottica di accessibilità per persone con disabilità e persone over 65 anni;
- integrare le carte dei servizi con riferimento al tema dell'inclusione e dell'accessibilità.

7) Azioni trasversali

L'ultima traiettoria identificata raccoglie alcune azioni trasversali che si intendono mettere in atto nel prossimo triennio.

- inserire negli obiettivi di programmazione annuale un focus su accessibilità e inclusione;
- identificare funzioni aziendali di disability/diversity management e, eventualmente, prevedere la nomina di un disability/diversity manager (in stretta connessione con le attività del CUG nell'ambito del Piano per l'uguaglianza di genere e azioni positive 2025-2027 e con le attività del Board PEU);
- promozione di informazione e utilizzo *Carta europea della disabilità*, tessera personale e gratuita, rilasciata dall'INPS, che permette alle persone con disabilità di dimostrare in modo semplice e valido a livello europeo il proprio status, facilitando l'accesso a diritti, servizi e agevolazioni;
- coinvolgimento dei CCMSS aziendale e distrettuali e del Terzo Settore nella realizzazione delle attività per l'inclusione e l'accessibilità per quanto di loro competenza;
- promozione di un lavoro di rete con le altre istituzioni del territorio (Città Metropolitana, Enti Locali, Aziende Sanitarie) per realizzare gli obiettivi di inclusione e accessibilità dell'Azienda USL di Bologna.

A.1.5 Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere

Il board aziendale "Partecipazione, contrasto delle disuguaglianze (equità) e umanizzazione" (PEU) si dedica alla promozione dell'equità, al contrasto alle disuguaglianze e alla parità di genere. Il suo compito è l'implementazione di una governance, calata a tutti i livelli e a tutte le articolazioni aziendali, impegnata a promuovere azioni volte a includere le diversità di cui i cittadini sono portatori e a garantire equità di accesso nei percorsi assistenziali e al potenziamento dei livelli di salute individuali e collettivi.

Il Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali (ISSS) della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna ha avviato nel 2024 un percorso formativo-laboratoriale per la definizione dei nuovi piani e board aziendali equità, riconosciuti quali strumenti cruciali per la governance dell'equità ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione.

Per il triennio 2025-2027 l'Azienda USL di Bologna si impegna a consolidare le azioni di sistema già in corso per promuovere equità nel rispetto delle differenze adottando un Piano aziendale equità. Inoltre, per l'area metropolitana di Bologna i referenti aziendali equità delle Aziende Sanitarie (IRCCS AOU, IRCCS IOR, Azienda USL di Bologna e Azienda USL di Imola) stanno definendo un piano equità interaziendale al fine di rafforzare l'integrazione con altri sistemi e assetti organizzativi aziendali ed enti locali, affinché la promozione della cultura dell'equità possa essere fattivamente sviluppata nei servizi, con il coinvolgimento degli operatori. Tra le azioni che si stanno delineando nella stesura del piano equità metropolitano di Bologna si individuano:

- il rafforzamento dei percorsi di cura nell'ottica dell'accessibilità con approcci *equity oriented* nella loro applicazione;
- lo sviluppo di azioni di promozione della salute con un'attenzione particolare ai determinanti della salute;
- la promozione di una cultura e pratiche di *diversity management* per tutelare il principio di equità anche tra i lavoratori delle Aziende Sanitarie;
- lo sviluppo di interventi in un'ottica di genere con la valorizzazione delle differenze nel rispetto delle pari opportunità (Patto LGBTQIA+);
- la promozione di percorsi di *health literacy* per migliorare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie, rendendo i materiali informativi e percorsi comunicativi più chiari, accessibili e culturalmente sostenibili.

L'Azienda USL di Bologna promuove la diffusione e l'utilizzo di strumenti di *equity assesment* anche in relazione alla governance locale del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, monitorando gli effetti delle disuguaglianze sulla salute utilizzando gli strumenti epidemiologici predisposti a livello regionale.

Per il triennio 2025-2027 L'Azienda USL di Bologna continua a valorizzare attività di promozione delle pari opportunità, al contrasto di ogni genere di discriminazione e alla diffusione della Medicina di genere recependo le indicazioni regionali.

Si prevede inoltre il rafforzamento di una governance multilivello finalizzata a coinvolgere, nei percorsi di presa in carico, le associazioni che erogano servizi sanitari nei confronti di migranti.

Nell'ambito della parità di genere il riferimento è al Piano per l'Uguaglianza di Genere e Azioni Positive 2023-2025 (Delibera n.297/2023) ad opera del Comitato Unico di Garanzia. Per il triennio 2026-2029 verrà adottato il nuovo "Piano per l'Uguaglianza di genere e azioni positive" (Gender Equality Plan - GEP), predisposto di concerto dai Comitati Unici di Garanzia e dal Gender Equality Plan Team di Azienda USL di Bologna – IRCCS ISNB, IRCCS AOU di Bologna ed IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR).

Questo strumento nasce dalla volontà di integrare due diversi strumenti di pianificazione che impattano sui temi della promozione della parità, del benessere lavorativo, dell'efficienza, del contrasto alle molestie e alle discriminazioni sul lavoro. Le Pubbliche Amministrazioni, ai sensi dell'art. 48 del d.lgs. 198/2006, devono adottare il Piano delle Azioni Positive, strumento di pianificazione finalizzato ad assicurare «la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne».

Il GEP individua sei aree di intervento delineate all'interno del Piano:

- equilibrio vita privata/vita lavorativa, cultura dell'organizzazione e lotta agli stereotipi;
- equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
- uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;

- integrazione della dimensione di genere nella ricerca, nell'organizzazione del lavoro e nella pratica professionale;
- contrasto alla violenza di genere comprese le molestie sessuali;
- promuovere salute, sicurezza e benessere lavorativo.

Il GEP è inserito nel processo di budget tramite il trasferimento, ad ogni articolazione organizzativa, di specifici obiettivi annuali previsti dal GEP e volti alla realizzazione dell'uguaglianza e del benessere lavorativo.

A.2 Sottosezione di programmazione dell'integrazione

A.2.1 Assistenza territoriale e applicazione del DM 77/2022

L'Azienda USL di Bologna, nel triennio 2025-2027, sarà impegnata a consolidare i percorsi di presa in carico del paziente attraverso lo sviluppo dei seguenti progetti di integrazione ospedale-territorio. Nello specifico è proseguita l'azione di rimodulazione e sviluppo organizzativo della rete e dei processi per la continuità assistenziale e la transizione delle cure, già avviata nel 2021, con la stesura del documento "Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona", che ha previsto lo sviluppo delle seguenti azioni:

- definizione del modello organizzativo multiprofessionale e di funzionamento interno della CUM e delle 8 COT, 5 a livello distrettuale e 3 a livello sub distrettuale (Distretto di Bologna) con declinazione dei processi, dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti coinvolti e delle interfacce con altri professionisti e servizi;
- definizione della composizione e modello organizzativo del Team di Cure intermedie (TCI) per la gestione dei processi di transizione e presa in carico dei pazienti più fragili e complessi nei differenti ambiti di cura ospedalieri (PS, OBI, Medicina d'Urgenza, degenze ordinarie, post acuzie) e territoriali – TCI successivamente ampliato nel 2025 con la definizione di 3 livelli di intervento
 - ✓ Livello 1: consulenza geriatrica di base, reperibilità telefonica e/o televisita geriatrica;
 - ✓ Livello 2: presa in carico multidisciplinare tramite COT di riferimento (TCI territoriale monosettimanale in gestione continuativa COT di riferimento territoriale)
 - ✓ Livello 3: gestione situazioni complesse con presa in carico precoce sul Distretto di Bologna (TCI territoriale giornaliero)
- definizione e sperimentazione di uno strumento di stratificazione e valutazione dei bisogni, finalizzato alla identificazione del setting appropriato di cura;
- mappatura dell'offerta dei servizi territoriali sanitari e sociali e definizione dei relativi livelli di intensità di cura e modalità di accesso;
- rilettura e implementazione dei sistemi informativi e informatici a supporto dei processi di continuità.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	64,4	68,13	72,0	70,41	-	Riduzione

A.2.1.1 Case di comunità e medicina di iniziativa

La Casa di Comunità è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Qui lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti - medici, specialisti, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali ed altri professionisti sanitari, sociali, amministrativi - per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato. La rete capillare di servizi di prossimità è integrata dalla telemedicina e all'assistenza domiciliare.

Il finanziamento della rete delle Case di Comunità è garantito anche dalla missione 6 del PNRR. L'Azienda ha previsto di integrare la rete delle Case della Salute già esistenti con la costruzione di tre nuove Case della Comunità, nonché la riconversione di sette strutture esistenti in Case della Comunità Spoke. Questa pianificazione, che ha scadenza giugno 2026, ha visto, a partire dall'anno 2023, l'apertura dei cantieri e l'avvio della realizzazione.

Ad oggi le strutture attive sul territorio sono:

- n.11 Case della comunità HUB: San Vitale-San Donato (Bologna); Borgo-Reno (Bologna); Navile (Bologna); Porto-Saragozza (Bologna); Delle Terre D'acqua "Barberini" (Crevalcore); Pieve Di Cento; San Pietro In Casale-Galliera; Budrio; Vergato; Casalecchio Di Reno; San Lazzaro Di Savena;
- n.8 Case della comunità SPOKE: Sasso Marconi; Lavino-Samoggia (Zola Predosa); Loiano; Ozzano Dell'Emilia; Castiglione Dei Pepoli; Alto Reno Terme – Porretta; Vado Monzuno; Sala Bolognese.

Il triennio 2025-2027 vedrà la conclusione degli interventi entro giugno 2026 e l'attivazione dei servizi con verifica da parte dell'Ingegnere indipendente.

L'Azienda ha definito un piano di attivazione secondo le scadenze fornite dalle Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C11.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona. L'Azienda collabora con RER e AGENAS nell'elaborazione dei criteri di valutazione delle checklist e nella definizione dei documenti da presentare in occasione delle visite.

Continuerà inoltre la declinazione del funzionamento in rete di ogni singola struttura e saranno messi in atto gli interventi necessari ad adeguare le Case della Comunità agli standard definiti dal DM77/22.

La medicina di iniziativa è un modello di assistenza che si concentra sulla prevenzione e sulla gestione proattiva delle patologie, piuttosto che limitarsi alla sola cura di attesa. Questo modello mira a coinvolgere attivamente il paziente e i suoi familiari/caregiver nella gestione della propria salute, promuovendo l'autocura, l'educazione agli stili di vita e la prevenzione delle malattie croniche.

La medicina di iniziativa avviata dall'Azienda e nel corso di sviluppo nel prossimo triennio, si basa su diversi principi chiave:

- Prevenzione: prevenire l'insorgenza e lo sviluppo di malattie, attraverso interventi mirati sulla popolazione di riferimento, come l'educazione alla salute e la promozione di stili di vita sani.
- Gestione proattiva: si concentra sulla cura di malattie già manifestate, offrendo interventi mirati e personalizzati per prevenire l'aggravamento delle patologie.
- Coinvolgimento attivo del paziente: visto come un partner attivo nel processo di cura, con l'obiettivo di promuovere l'autocura e la consapevolezza delle proprie condizioni di salute.
- Presa in carico integrata: approccio multidisciplinare e coordinato, coinvolgendo diversi professionisti sanitari e sociali per garantire una presa in carico completa del paziente.
- Priorità ai fragili e ai portatori di malattie croniche: particolare attenzione alla gestione delle malattie croniche, come il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie, attraverso interventi personalizzati e mirati.

L'Azienda si impegna nella promozione della medicina d'iniziativa e il rafforzamento di un'assistenza di prossimità coerentemente con gli obiettivi prioritari del PNRR 2021, e con il Decreto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/2022).

Gli interventi saranno realizzati in coerenza con gli indirizzi relativi alla medicina di popolazione, strumenti di stratificazione della popolazione e piattaforme operative di telemedicina definiti a livello nazionale e regionale. I servizi presenti nelle Case di Comunità garantiscono risposte integrate nella logica di proattività e prossimità degli interventi anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e di psicologia.

Per il 2025-2027, in continuità con il triennio precedente si definiscono i seguenti obiettivi:

- Favorire la partecipazione delle comunità attraverso il potenziamento del rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento alla promozione della salute. A tale scopo è fondamentale mettere in atto la transizione dal modello Casa della Salute al modello Casa della Comunità, sia in termini di governance, che di processi e strumenti operativi, in condivisione e integrazione con gli Enti locali, attraverso la Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS), al fine di mettere a sistema strumenti per la costruzione di welfare di comunità, partecipazione della comunità e co-costruzione e co-progettazione con il Terzo Settore. Sarà quindi messo in atto quanto definito da un Gruppo di Lavoro attivato in ambito di CTSS, ossia le linee operative di attuazione del modello Casa della Comunità e messe in atto attraverso azioni contestuali specifiche che, nei singoli territori, diano sistematicità e potenzino la portata degli interventi già in essere di: partecipazione (Community Lab), contrasto alle disuguaglianze di salute, promozione di opportunità di benessere, comunicazione e confronto con le istanze della cittadinanza attiva;
- Ulteriore implementazione della presa in carico della persona, secondo la logica della medicina d'iniziativa e della proattività nel suo contesto familiare e comunitario, nella presa in carico integrata dei pazienti fragili e cronici per il tramite dell'equipe multidisciplinari delle Case della Comunità in stretta connessione con i professionisti della medicina convenzionata;
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per mantenere attivi servizi e attività a loro dedicati, modificandone le procedure al fine di ottenere, anche a distanza, la più ampia accessibilità e fruibilità di tali servizi;
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità, sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta;
- Rafforzamento del personale (psicologo, psicoterapeuta, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale) per l'assistenza psicologica rivolta agli adolescenti negli spazi giovani;
- Realizzazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate. Il paziente oncologico necessita spesso di cure ripetute nel tempo, per questo la distanza dal centro di cura può rappresentare una criticità.

A.2.1.2 Infermieri di famiglia e comunità

Il modello organizzativo-assistenziale territoriale è stato implementato con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare, anche con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici. Introdotto a partire dal 2022, il ruolo dell'IFeC si è progressivamente consolidato, grazie all'attuale potenziamento della rete territoriale con 24 unità infermieristiche distribuite nei sei Distretti aziendali, contribuendo allo sviluppo di un sistema sempre più integrato ed efficace.

Oltre alle attività consolidate di assistenza e presa in carico dei soggetti/nuclei fragili ad alta complessità e gli interventi comunitari nelle aree a rischio, si evidenziano i nuovi campi di intervento, con finalità di prevenzione e promozione di corretti stili di vita e attività assistenziali e di presa in carico. In particolare, sono stati organizzati e realizzati:

- corsi rivolti a persone tabagiste con l'obiettivo di costruire un percorso che accompagni alla dismissione dal fumo di sigaretta;
- gruppi di cammino con la popolazione residente al fine di promuovere il movimento come attività di prevenzione primaria;
- attività di educazione alla salute, come i passaporti della salute ed i "Condomini solidali" per contrastare il ritiro sociale attraverso la realizzazione di attività di socializzazione;
- giornate di promozione della salute dedicate alla proattività, nel distretto di Bologna, Quartiere Porto Saragozza, in collaborazione con l'associazione "Piazza Grande" all'interno del Laboratorio Scalo;
- attività di prevenzione e educazione alla salute in collaborazione con l'associazione "Muovi il treno", attraverso l'organizzazione di gruppi di cammino o di giornate finalizzate al movimento ed alla socializzazione per sensibilizzare la popolazione e per concretizzare il concetto di prossimità e di community building;
- giornate di educazione alla popolazione circa l'igiene dentale, con piccole visite di orientamento, in collaborazione con Labas, nelle microaree.

Sono inoltre attive le seguenti attività assistenziali e di presa in carico distrettuali:

- in collaborazione con l'Ospedale Bellaria e l'Università di Bologna, due IFeC dei Distretti Savena Idice e Bologna partecipano al progetto europeo "Escape", che prevede l'attuazione di interventi di assistenza sanitaria per la gestione di pazienti anziani con scompenso cardiaco e concomitanti patologie croniche;
- in collaborazione con la Casa Residenza per Anziani (CRA) della Beata Vergine, nel distretto di Bologna - quartiere Savena S.Stefano - è stata attuata una collaborazione con il progetto "CRA Aperte" per la riduzione dell'isolamento sociale attraverso attività di volontariato e socializzazione degli abitanti nel territorio della CRA;
- in collaborazione con l'INPS è stato realizzato un progetto "Cura delle relazioni per la prevenzione del disagio: organizzazioni innovative per l'assistenza sociosanitaria territoriale", volto a favorire il coordinamento informativo tra centri e progetti di assistenza e il superamento di ostacoli burocratici con particolare attenzione all'accesso ai benefici di welfare dell'INPS;
- in tutti i Distretti gli IFeC partecipano periodicamente agli incontri con i servizi sociali, siano essi aziendali (Unità Attività Socio Sanitarie - UASS) che comunali, per la condivisione del piano di cura degli utenti in carico ad entrambi i servizi;
- nel Distretto Savena Idice vengono periodicamente tenuti incontri con il Centro di Salute Mentale per la condivisione degli obiettivi di salute relativi a pazienti assistiti con patologie psichiatriche e fisiche;
- nella microarea di Piazza dei Colori, oltre alle diverse attività di partecipazione e sostegno pratico alla comunità, si è tenuto il corso "I salotti digitali" in collaborazione con AIAS per migliorare l'accessibilità digitale delle persone allo smartphone;
- collaborazione al progetto Circe di presa in carico multidisciplinare nella cronicità;
- nei Distretti Bologna e Appennino Bolognese sono attivi dal 2024 i Team Cure Intermedie, con la partecipazione del geriatra, dell'assistente sociale e degli infermieri della COT.

Nel corso del 2025-2027 infine gli obiettivi dell'infermieristica territoriale e di comunità riguarderanno

l'estensione ed il consolidamento delle seguenti attività:

- la formalizzazione dei piani di assistenza infermieristica attraverso la metodologia problemi interventi al pari dell'assistenza domiciliare;
- la definizione di un piano di iniziative di collegamento tra infermieristica di comunità e famiglia ancor più stringente con i servizi territoriali e con un allineamento con i percorsi per la cronicità;
- rimodulazione del modello Microarea, in relazione all'introduzione del Progetto Agenti di Salute del Piano Oncologico Nazionale (PON) Metro del Comune di Bologna;
- lo sviluppo di meccanismi di integrazione nell'ambito delle case della comunità in particolare per quanto attiene il percorso di attivazione dei Punti Unici di Accesso.
- la standardizzazione del flusso informativo di dati e attività in stretto collegamento lo sviluppo della piattaforma informatica territoriale.

A.2.1.3 Centrali operative territoriali

A partire da giugno 2024 è stato implementato il modello organizzativo previsto nella delibera n.94 del 22/3/2023 "Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona – declinazione operativa", con l'avvio della COT sovra distrettuale (Centrale Unica Metropolitana) e di n.9 Centrali Operative Territoriali distrettuali, in ottemperanza al DM 77/2022.

Nel triennio 2025-27, a livello sovra Distrettuale, si proseguiranno le azioni finalizzate all'implementazione del modello di transizione delle cure, secondo quanto indicato nella delibera 94/2023 e identificate nello specifico dalle seguenti azioni:

- Implementazione del modello di case management della transizione, finalizzato alla presa in carico multidisciplinare dei casi complessi, sia nelle transizioni Ospedale-Territorio che all'interno del Territorio, anche attraverso lo sviluppo del progetto di Team Cure Intermedie. L'obiettivo è quello di migliorare l'appropriatezza organizzativa per contenere i tempi di degenza nei reparti per acuti e nella post acuzie e favorire la dimissione nei setting Territoriali appropriati.
- Sviluppo e messa a punto in collaborazione con l'UO Sistemi informativi aziendali di un cruscotto finalizzato al monitoraggio dell'utilizzo dell'offerta della post Acuzie (dei posti letto a gestione CUM dell'Ospedalità Privata Accreditata) e della lista d'attesa.
- Monitoraggio e supporto gestione dei casi complessi da parte del gruppo direzionale CUM, attraverso incontri settimanali degli operatori sanitari e sociali CUM – TCI, al fine di migliorare i processi, contenere la degenza e garantire l'appropriatezza del setting di cura.
- Informatizzazione dei processi di transizione con implementazione delle funzionalità degli applicativi esistenti (Garsia) ed integrazione con la piattaforma regionale e con la cartella clinica territoriale di prossima realizzazione.
- Implementazione di attività di monitoraggio dei pazienti nelle transizioni tra setting e livelli di cura anche attraverso pratiche di telemedicina (telecontrollo).
- Implementazione di nuovi criteri per la gestione delle liste di attesa per i trasferimenti verso la rete delle post-acuzie, finalizzati a migliorare l'equità distributiva e d'accesso e a ridurre i tempi di attesa in lista.
- Integrazione di tutte le COT del territorio dell'Azienda USL di Bologna con i TCI Territoriali. Per migliorare la presa in carico territoriale dei pazienti cronici, l'Azienda ha integrato tutte le COT con i TCI, introducendo dal 2022 la figura del geriatra nei PCAP (oggi COT), in linea con il Piano Nazionale Cronicità e il DM 77. Questo modello, nato come progetto pilota, è stato progressivamente stabilizzato ed esteso a livello sovradistrettuale. Il TCI rappresenta un

approccio innovativo e personalizzato della presa in carico degli anziani fragili, basato su un intervento integrato, multidisciplinare e stratificato in base al bisogno, con l'obiettivo di garantire continuità e coerenza delle cure. Il modello si fonda sulla collaborazione con MMG, infermieri, fisioterapisti e servizi socio-sanitari e prevede tre livelli di intensità assistenziale, attivi progressivamente da aprile 2025:

- ✓ 1° livello: consulenza geriatrica a distanza, per pazienti con fragilità lieve o stabilità clinica, gestita tramite supporto telefonico o in telemedicina.
 - ✓ 2° livello: presa in carico multidisciplinare in COT, già attivo sin dall'avvio del progetto, garantisce la valutazione congiunta dei casi complessi da parte del team (geriatra, IFeC, assistente sociale, MMG) e la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).
 - ✓ 3° livello: intervento geriatrico domiciliare intensivo, attivo nel Distretto di Bologna riservato a situazioni cliniche instabili o complesse, da trattare al domicilio entro 72 ore.
- La progettazione ed implementazione del TCI territoriale prevede il supporto alle COT, ai Medici di Assistenza Primaria, ai medici del PS, ai medici delle strutture residenziali, ai medici del privato accreditato, finalizzando una valutazione e presa in carico multidimensionale del paziente al domicilio, graduati sui livelli di complessità del bisogno (configurazione delle figure professionali del Team in relazione al bisogno e alla complessità della risposta da mettere in campo). Obiettivo è favorire la casa come luogo di cura con una presa in carico infermieristico sanitaria e socio sanitaria, ridurre gli accessi in PS impropri, fornire supporto nell'appropriatezza prescrittiva e deprescrizione. Identificare i bisogni e attivare servizi adeguati e proporzionati. Inoltre, fornisce supporto alla formazione della rete dei facilitatori della dimissione delle aree internistiche e geriatriche presso gli Ospedali dell'Azienda e IRCCS AOU Bologna, per una precoce segnalazione del paziente a rischio di dimissione difficile e una più veloce presa in carico multidisciplinare e la creazione di una comunità di pratica.

A.2.1.4 Sviluppo delle cure domiciliari

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali e dell'Azienda USL di Bologna.

Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera, ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con gli obiettivi fissati dal PNRR, che pone particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale e al principio di "casa come primo luogo di cura", l'Azienda ha messo in atto un potenziamento significativo della presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti. Questo approccio ha l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale, permettendo ai pazienti di ricevere le cure necessarie direttamente nel proprio contesto familiare o domiciliare, riducendo così il ricorso a strutture ospedaliere e migliorando la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. A tal fine l'Azienda già a partire dal 2024 ha attivato il presidio sociale presso il Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva dell'Ospedale Maggiore e presso i medesimi reparti dell'IRCCS AOU Bologna.

Le attività sono rivolte principalmente a persone anziane con fragilità sociale, al fine di evitare eventuali ricoveri.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
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	256,57	229,45	230,17	242,85	≤ 245 per 1000 ab.	Mantenimento
D04C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	58,68	35,58	41,7	82,48	≤ 56,38 per 1000 ab.	Mantenimento
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3)* - NSG					> 4,0 (CIA1) > 2,5 (CIA2) > 1,5 (CIA3)	
IND0862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	17,49	20,34	15,86	10,13	-	Miglioramento
IND0866	Tasso di dimissione protette in pazienti ≥ 65 anni	29,03	27,49	29,46	30,51	-	Miglioramento
IND0907	Pazienti ≥ 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	10,93	11,04	10,7	11,51	> 8,5%	Mantenimento

* CIA=Coefficiente d'Intensità Assistenziale. Indicatore relativo al tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) si riferisce alla percentuale di pazienti che ricevono assistenza domiciliare suddivisa per il livello di intensità delle cure necessarie. Il CIA indica la frequenza con cui un paziente riceve assistenza domiciliare, calcolato come rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GdC). Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla somma pesata dei punteggi delle 3 componenti CIA1, CIA2 e CIA3, pesati rispettivamente con i valori 0,15, 0,35, 0,50.

Per il triennio 2025 – 2027 per lo sviluppo delle cure domiciliari sono previste le seguenti azioni:

- consolidamento del modello dei Team di Cure Intermedie Territoriali finalizzate al mantenimento del paziente a domicilio;
- implementazione della telemedicina nella gestione dei pazienti cronici;
- sviluppo della gestione integrata dei pazienti e della continuità assistenziale nelle transizioni, anche grazie all'implementazione della cartella socio-sanitaria territoriale e all'integrazione della stessa con la piattaforma COT;
- presa in carico multiprofessionale attraverso l'implementazione del PAI.

A.2.1.5 Ospedali di comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria destinata a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acuzie o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica che potrebbero essere forniti a casa, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, anche per mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

L'Ospedale di Comunità afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire:

- dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari;
- stabilizzazione clinica;
- recupero funzionale e dell'autonomia in strutture più prossime al domicilio del paziente.

Il DM77/22 prevede uno standard di:

- un Ospedale di Comunità di 20 PL ogni 100.000 abitanti (per Bologna: 177 Posti Letto-PL);
- 0.2 PL per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. Il finanziamento della rete degli Ospedali di Comunità è garantito dalla missione 6 del PNRR componente 1-11

Sono attualmente già presenti in Azienda 2 Ospedali di Comunità: Vergato di 10 PL e Loiano di 8.

L'implementazione della rete degli OdC, con la conclusione dei lavori e l'avvio delle aperture, dovrà avvenire entro il giugno 2026, per un totale di 101 PL.

Ogni Distretto sarà dotato di un OdC:

- Distretto di Bologna (Via Palagi Padiglione 1): 18 PL
- Distretto Pianura EST (S Pietro in Casale): con 18 PL
- Distretto Pianura Ovest (S Giovanni in Persiceto): 20 PL
- Distretto Savena Idice (Loiano): struttura di nuova costruzione che ospiterà 15 PL
- Distretto Appennino (Vergato): 10 PL -non finanziato PNRR
- Distretto Reno Lavino Samoggia (Bazzano): 18 estendibili a 20 PL.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	7,24	7,95	7,66	7,39	-	Mantenimento
IND1205	Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	68,76	65,23	68,09	83,61	-	Miglioramento

A.2.1.6 Sviluppo della rete di cure palliative

La Rete locale di Cure Palliative (RCP) integra in modo funzionale e coordinato i servizi rivolti all'adulto nei diversi setting di cura nell'ambito territoriale dell'Azienda USL Bologna: ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio e strutture residenziali o CRA.

- Nodo Ospedaliero Consulenziale, effettua consulenze di cure palliative presso tutti i presidi ospedalieri aziendali e strutture accreditate. Prese in carico in questo setting 714 persone nel 2024.
- Nodo Ambulatoriale, con 17 ambulatori di cure palliative precoci distribuiti su tutti i Distretti e negli Hospice. Prese in carico in questo setting 698 persone nel 2024.
- Nodo Hospice: sono attivi 3 Hospice con 58 posti letto. Prese in carico in questo setting 1235 persone nel 2024.
- Nodo Domiciliare - Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD): 8 equipe territoriali (6 aziendali e 2 gestite da Fondazione ANT) che forniscono un servizio h24 7giorni su 7. Le cure palliative domiciliari di base (Flusso SIAD TAD 6) sono erogate dalle equipe della RCP aziendali in stretto rapporto con MMG, servizi infermieristici domiciliari, servizi di Continuità Assistenziale e di Emergenza Urgenza. Le cure palliative specialistiche (Flusso SIAD TAD 7) sono erogate dalle

Equipe della Fondazione ANT sulla base di una convenzione con l'Azienda USL. Prese in carico a domicilio in TAD 6 1252 persone, in TAD 7 2188 persone nel 2024.

Dal punto di vista della modalità di intervento la RCP si impegna a garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del malato attraverso il coinvolgimento multiprofessionale e multidisciplinare nell'ambito dei diversi setting, creando una rete integrata di servizi e strutture che coprano tutte le fasi del bisogno assistenziale, dall'ospedale al territorio, favorendo la continuità delle cure.

Obiettivo fondamentale per il triennio 2025-2027 è l'incremento della possibilità di accesso alle cure palliative per tutti i cittadini, sia in ospedale che a casa, che negli altri setting sopra citati con particolare riguardo all'assistenza in CRA e ai processi di transizione tra ospedale e territorio.

Inoltre, si segnalano di seguito le linee di lavoro prioritarie.

Sviluppo delle attività territoriali (ambulatoriali e domiciliari e nelle CRA) e delle transitional care

Fondamentale nel processo di integrazione tra ospedale e territorio è lo sviluppo di un modello organizzativo che integri le diverse componenti dell'assistenza territoriale puntando sulla centralità delle Case della Comunità, per rispondere in modo più efficace ai bisogni dei cittadini.

Si auspica nel corso del prossimo triennio di poter incrementare ulteriormente la presenza delle equipe di cure palliative all'interno di spazi strutturati all'interno delle Case della Comunità (attualmente la RCP è presente in 10 Case della Comunità distribuite variamente in ciascun distretto). Le UCPD sono in numero sufficiente a coprire gli standard stabiliti dalle normative vigenti di almeno 1 UCPD ogni 100.000 abitanti. Nel corso del prossimo triennio sarebbe importante una rivalutazione con graduale incremento del numero di dirigenti medici e infermieri dedicati in cure palliative assegnati alla RCP che necessita di un consolidamento per il pieno raggiungimento dei numerosi obiettivi che il settore delle cure palliative sta affrontando per svilupparsi e radicarsi saldamente nelle pratiche cliniche dei vari dipartimenti e del territorio.

Nel corso del triennio 2025-27 si intende potenziare il setting ospedaliero e di consulenza negli Ospedali Privati Accreditati e nelle CRA con grande attenzione alle transitional care, rafforzando all'interno dell'Ospedale Sant'Orsola la presenza dei medici che operano anche in equipe del territorio per incrementare il numero di unità di personale dedicate a quest'importante attività, favorendo la transmurality e la presa in carico a domicilio dopo la dimissione ospedaliera da parte degli stessi professionisti che hanno conosciuto il degente in reparto.

Sarà fondamentale intraprendere con i professionisti operanti nelle CRA un rapporto di collaborazione sistematico che consenta di acquisire gli strumenti per una pianificazione di cura in linea con i criteri dell'appropriatezza e della proporzionalità delle cure (umanizzazione della medicina) coinvolgendo anche il Programma di Bioetica clinica applicata in situazioni cliniche eticamente problematiche e che sollevano interrogativi sulla presenza di atteggiamenti terapeutici di ostinazione irragionevole.

Sviluppo della telemedicina

La RCP promuove l'integrazione delle attività di telemedicina con le altre prestazioni assistenziali, garantendo qualità delle prestazioni, sicurezza, privacy e tracciabilità. La telemedicina è entrata a pieno titolo all'interno dei processi di cura della RCP, con la possibilità di erogare 24 ore su 24, 7 giorni su 7: televisite a pazienti assistiti a domicilio, teleconsulti a medici (MMG, Medici di Continuità assistenziale, personale del 118, altri specialisti ospedalieri e del territorio, personale delle CRA) e televisita integrata in presenza di un infermiere dedicato alle cure palliative in loco.

Si auspica di poter incrementare gradualmente già nel corso del prossimo triennio il numero e lo standard di presenza oraria anche dell'infermiere dedicato attivando la sua presenza h 12 su 7 giorni attraverso il servizio di Pronto Disponibilità inizialmente sperimentalmente per il Distretto di Bologna per la maggiore prevalenza.

Pronta disponibilità con risposta in telemedicina

Le persone prese in carico possono contare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 sulla continuità delle prestazioni e della valutazione medica per condizioni impreviste/urgenti attraverso la Pronta Disponibilità con risposta in telemedicina degli specialisti della RCP. Inoltre, per visite in presenza vi è un coordinamento con i servizi di Emergenza territoriale e Continuità Assistenziale. Fondazione ANT assicura direttamente una propria reperibilità con standard h24 7gg/7 a tutti i pazienti per cui è attiva una presa in carico.

Tra i progetti di crescita delle attività di cure palliative vi sono:

- Progetto in hospice prima, che intende sviluppare la cultura del ricorso al ricovero in hospice non esclusivamente per persone in off therapy oncologico, ma sviluppare la cultura della palliazione precoce e contenere le ostinazioni irragionevoli di terapia oncologica e i conseguenti decessi in hospice entro i primi 7 giorni dal ricovero.
- Studio finalizzato CPFIN-RER, che sviluppa sistemi di valutazione del livello di complessità delle cure palliative domiciliari in pazienti affetti da patologia oncologica; nello specifico il progetto intende sviluppare uno strumento capace di una corretta attribuzione del livello di complessità clinico-assistenziale di cure palliative di base o specialistico.
- Progetto facilitatori di cure palliative, che punta allo sviluppo più capillare di un gruppo di facilitatori di cure palliative che, in contatto periodico con la rete delle cure palliative, garantisca processi di audit e di verifica dei progetti di miglioramento che possono venire messi in atto sulla base delle specifiche criticità delle singole UO anche territoriali.
- Progetto con i malati di SLA anche al domicilio, che intende implementare ulteriormente la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da SLA per garantire la continuità di presa in carico anche al domicilio in stretto contatto con i professionisti operanti nel PDTA team SLA.
- Progetto palliare anche nella donazione, che intende consolidare la presenza e la partecipazione della RCP ai percorsi di donazione a cuore fermo categoria III di Maastricht (CDCD) nel nodo ospedaliero/consulenziale.
- Progetto condividere per curare, mira a sviluppare la collaborazione con la discussione di casi clinici in incontri pianificati e durante i briefing presso la terapia intensiva dell'IRCCS ISNB (nodo ospedaliero/consulenziale).
- Progetto attraverso i muri, che intende implementare la collaborazione con il team di cure intermedie, e con il personale delle CRA nelle attività di consulenza/discussione dei casi di pazienti con bisogni di cure palliative.
- Progetto diritto alle cure palliative - non solo per malati di tumore, che intende implementare la presa in carico in cure palliative nel paziente non oncologico in tutti i nodi della RCP: consulenziale in ospedale, ambulatoriale, a domicilio in TAD 6 e in hospice.
- Progetto legge 219/2017, per consentire una migliore conoscenza e fruizione delle pianificazioni di cura e dare impulso ad una filosofia di cura che basi i suoi fondamenti sul consenso informato e sulla proporzionalità degli interventi terapeutici, migliorando le capacità di ascolto e di comprensione di ciò che per ciascuna specifica persona è accettabile in quel determinato frangente clinico. Nel triennio 2025-2027 si svolgeranno attività di formazione all'interno delle varie realtà aziendali e attività di divulgazione della filosofia e delle finalità delle cure palliative per i cittadini, toccando tematiche come le disposizioni anticipate di trattamento (testamento biologico).
- Progetto "Comunicazione difficile", che svilupperà l'offerta formativa a livello universitario (nelle scuole di specializzazione in medicina palliativa, medicina interna e geriatria) e nel corso regionale di formazione in medicina generale, sulla tematica della comunicazione ad alto livello di complessità emotiva.

- Progetto giovane adulto, che intende incrementare la continuità delle cure nel delicato passaggio di giovani ragazze e ragazzi nel passaggio dalle cure palliative pediatriche ai servizi territoriali dell'adulto, che comprendono MMG, le cure palliative adulti, i servizi infermieristici territoriali. Questo passaggio è stato predisposto per un tempo di overlapping tra le due equipe di circa due anni in cui si costruirà un opportuno passaggio di competenze e si consoliderà la conoscenza del singolo caso e delle persone significative della sua vita.
- Progetto spiritualità, che svilupperà un percorso di spiritualità laica e religiosa in collaborazione con la città metropolitana e la curia e individuazione di referenti religiosi/ spirituali per ogni differente comunità, per poter rispondere ai bisogni spirituali degli assistiti.
- Progetto referto infermieristico di cure palliative, che verrà implementato all'interno della Cartella Clinica Elettronica (CCE) dei Presidi ospedalieri dell'Azienda e verrà poi esteso anche all'interno del AOU.
- Progetto cartella territoriale sanitaria, che prevede lo sviluppo di una cartella sanitaria territoriale integrata fra i vari servizi per assicurare una continuità informativa e di assistenza.
- Progetto di potenziamento degli ambulatori di prossimità, per favorire la vicinanza delle cure alle persone assistite, nel prossimo triennio la rete aprirà nelle sedi della Case della Comunità Spoke del Pilastro (distretto di Bologna) e della Case della Comunità Hub di San Pietro in Casale (distretto Pianura est) un ambulatorio dedicato per la presa in carico.

Nella tabella che segue si rappresenta il monitoraggio di due tra i principali indicatori della RCP: nel primo si apprezza in particolare lo sviluppo della PRE-rete poiché questo indicatore esprime la tempestività nell'accesso al ricovero in Hospice; mentre il secondo offre una fotografia per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
D32Z	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni	32,55	32,32	29,61	25,35	≤ 25%	Riduzione
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	66,1	57,9	60,4	56,4	≥ 60%	Mantenimento
IND0905	Monitoraggio prestazioni a distanza: televisite e prestazioni organizzative	131,18	49,43	63,36	19,52	aumento del 10% rispetto all'anno precedente	Miglioramento

La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le Cure Palliative Pediatriche (CPP) ed ha approvato un documento tecnico che individua le caratteristiche, i ruoli, le interconnessioni dei tre nodi di riferimento: ospedale (Azienda USL Bologna e Imola, IRCCS AOU Bologna, IRCCS IOR), territorio e hospice pediatrico.

- Nodo Ospedale, costituito dalle UO pediatria, neonatologia e neuropsichiatria infantile, rianimazione e terapia intensiva che hanno in cura pazienti in età pediatrica, insieme a tutte le altre UO coinvolte nel percorso di assistenza.
- Nodo Territorio, trova la sua regia nel Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP), che ha il compito di prendere in carico i PAI e di gestire e favorire l'accesso ai servizi individuati come necessari dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP) garantendone la continuità assistenziale, la corretta presa in carico e l'accompagnamento nella rete per le CPP. In coerenza

con la DGR 857/2019, che prevede un responsabile unico a livello provinciale, la Delibera aziendale 379/2019 relativa a "Revisione del Programma bambino cronico complesso nell'ambito del Dipartimento dell'Integrazione" prevede, previo accordo con la Azienda USL di Imola, che il responsabile del PUAP sia il responsabile del Programma Dipartimentale Bambino Cronico Complesso (PBCC). Il PBCC opera all'interno del Dipartimento dell'Integrazione e ha il compito di assicurare in ambito metropolitano il raccordo tra i livelli territoriale-ospedaliero-domiciliare al fine della presa in carico dei soggetti fragili o con patologia cronica. Il PBCC è attivo dal 2019 e si dedica alla gestione dei bambini con condizioni croniche complesse (CCC), sia in ambito ambulatoriale, ospedaliero (fase pre-dimissione, riacutizzazione, terminalità) e domiciliare, in coordinamento con i servizi territoriali e con la rete delle CPP, secondo la DGR 857/2019. Il Programma promuove la ricerca clinica sulle CCC e CPP, in collaborazione con la rete regionale e l'Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa, integrando e aggiornando il percorso PDTA per la gestione dei bambini con patologie croniche e disabilità multiple. Nel 2022 è stata istituita dal Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo (DATeR) all'interno dell'articolazione Management Integrazione Socio Sanitaria e RCP la "U.A. Coordinamento Assistenza nelle Cure Palliative Pediatriche". La UA collabora con il PBCC per la presa in cura dei pazienti eleggibili alle CPP della Azienda USL di Bologna attraverso un'assistenza domiciliare diretta dei pazienti del Distretto di Bologna e di supporto per gli altri Distretti.

- Nodo Hospice Pediatrico, è il centro di riferimento specialistico regionale per l'erogazione di CPP ed è costituito dall'Hospice Pediatrico l'Arca sull'Albero della FHS.

Nel triennio 2025-2027 verranno portate avanti le seguenti attività:

- Implementazione dei flussi informativi di CPP verso la RER e l'Azienda attraverso:
 - ✓ la registrazione delle visite mediche di CPP con il codice disciplina 099 di CP, distinte da quelle dell'adulto attraverso un filtro per età (0-18)
 - ✓ flussi TAD (Tipologia di Assistenza Domiciliare) TAD6 e TAD7
 - ✓ codice di esenzione 049
 - ✓ codice V66.7: prestazione, inclusa la visita, legata alle CP. Il codice deve essere inserito fra le diagnosi secondarie in tutti i ricoveri in cui sia stata eseguita una visita o qualsiasi altra prestazione legata alle CP.
- Revisione annuale del set indicatori PDTA005 Percorso del bambino a rischio di sviluppare disabilità multiple
- Partecipazione ai tavoli tecnici della Regione Emilia-Romagna per le Reti di Cure Palliative Pediatriche.
- Implementazione della fase di passaggio fra le CPP e le CP adulti con overlapping delle due equipe (cure di transizione) e definizione di una Istruzione Operativa condivisa con FHS e rete delle Cure Palliative adulti.
- Estensione e sviluppo del progetto di telemedicina approvato dal Board aziendale e in corso di applicazione mediante l'utilizzo di piattaforme a disposizione regionale.
- Implementazione del progetto di miglioramento a titolo: potenziamento e formalizzazione dell'attività di sostituzione delle Cannule Tracheostomiche a domicilio dei pazienti afferenti al PBCC.
- Assicurare la definizione di un PAI condiviso con i caregiver e i professionisti coinvolti nell'assistenza per tutti i pazienti che accedono alle CPP.
- Organizzazione di iniziative, in collaborazione con le associazioni territoriali dei pazienti, volte alla promozione e alla sensibilizzazione della cittadinanza sul tema delle CPP.

- Implementazione dell'attività a sostegno dei servizi scolastici e dei caregiver attraverso un lavoro integrato con la pediatria territoriale e NPIA per la realizzazione di momento formativo accompagnato da materiale didattico, rivolto alla formazione del personale scolastico che assiste a scuola il bambino con CCC.
- Produzione di una IO condivisa sulla gestione del dolore procedurale nei vari setting di cura.
- Produzione di una IO condivisa sulla gestione del dolore cronico.
- Condivisione di un documento di Pianificazione Condivisa delle Cure disegnato sul paziente pediatrico che possa essere condiviso con le famiglie e che comprenda materiale informativo per i caregiver.
- Partecipazione alla "joint actions e direct grants" del *workplan* 2024- EU4H-2024-JAIBA-09 Pediatric palliative care, in qualità di *Affiliated Entity* (Azienda USL Bologna) della *Competent Authority* Regione Emilia-Romagna.

A.2.2 Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita

I consultori familiari sono servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna, dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. L'attività complessiva dei consultori familiari di seguito descritta comprende anche quella degli Spazi Giovani, degli Spazi Giovani Adulti e del Consultorio delle donne Immigrate e dei loro bambini. Si rileva un incremento nel 2024 rispetto al 2023 di utenti, accessi e prestazioni.

Le aree di intervento riguardano diversi ambiti:

Percorso Nascita e sostegno ai primi 1000 giorni di vita

Entro il 2025 è previsto l'aggiornamento del documento PDTA 023 Percorso Nascita; pertanto, il prossimo triennio vedrà l'allineamento alle raccomandazioni introdotte dalle Linee Guida Gravidanza fisiologica - prima e seconda parte del Sistema Nazionale Linee Guida ISS e la standardizzazione dei profili assistenziali in base al livello di rischio ostetrico. Proseguirà quindi il rafforzamento del ruolo dell'ostetrica come figura professionale competente nel proteggere la normalità, individuare deviazioni dalla fisiologia e attivare percorsi personalizzati coinvolgendo la figura del ginecologo o altri professionisti (assistenti sociali, psicologi, ecc). Per garantire la sicurezza delle cure, nel 2025 è stata istituita l'Unità Sicurezza Percorso Nascita, che nel triennio svilupperà attività formative, di monitoraggio e analisi integrate con le funzioni aziendali esistenti per promuovere la cultura della sicurezza nel contesto materno-infantile.

L'offerta di Incontri di Accompagnamento alla Nascita, stabilizzata nel 2024 con un'adesione del 37,5%, in linea con i dati regionali, sarà potenziata nel triennio anche attraverso strategie specifiche per aumentare la partecipazione delle donne straniere, anche grazie al progetto pERsone nell'ambito del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione '21-'27. Inoltre, particolare attenzione sarà dedicata al coinvolgimento attivo dei padri attraverso programmi informativi e educativi dedicati, percorsi di accompagnamento alla genitorialità e iniziative per favorire la partecipazione consapevole durante gravidanza, parto e puerperio. Questi interventi, realizzati anche in collaborazione con i Centri per le Famiglie, mirano a rafforzare il sostegno alla coppia e promuovere la cultura della parità di genere.

Lo screening del disagio emotivo e sociale prosegue sistematicamente in tutti i consultori e nei Punti Nascita aziendali, supportato da équipe multidisciplinari composte da psicologi, assistenti sociali e psichiatri. Nel 2025 sono iniziati i lavori per elaborare la procedura interaziendale che rafforzerà gli interventi a favore delle situazioni di fragilità e consoliderà la rete di presa in carico. Nel 2025 verrà

inoltre realizzata la sperimentazione nei Consultori Familiari del progetto *Music and Motherhood*, promosso dall'ISS e dalla Regione Emilia-Romagna, che prevede la formazione di gruppi di canto composti da puerpere con sintomi di depressione post partum condotti da una musicista professionista con il supporto di un'ostetrica.

La collaborazione con i Centri per le Famiglie, già attiva in tutti i distretti, si arricchirà ulteriormente attraverso co-progettazione di interventi informativi, condivisione di spazi e interventi di sostegno, inclusi progetti di home visiting. Nel prossimo triennio si vedrà la realizzazione il progetto *Le Cure che Nutrono, Accompagnamento nei primi 1000 giorni e Home Visiting*, frutto di un percorso di co-progettazione che fa capo al Comune di Bologna con finanziamento PON Metro. Il progetto promuove lo sviluppo ottimale dei bambini nei primi 1000 giorni di vita attraverso interventi universali, selettivi e su indicazione per famiglie con maggiori fragilità. Sarà quindi centrale la progettazione dell'integrazione tra gli attori coinvolti, con l'obiettivo di rafforzare l'efficacia e la continuità degli interventi a sostegno delle famiglie e della prima infanzia.

Nel triennio 2025-2027 sarà consolidata la sperimentazione dell'Ostetrica di Comunità, avviata nel 2023 nel Distretto Appennino in coerenza con il DM 77/2022, per promuovere un'assistenza territoriale di prossimità focalizzata sulla salute pelvica, visite domiciliari nel puerperio, accompagnamento alla nascita per i padri, rafforzando la consapevolezza e l'autonomia delle donne. Inoltre, sempre nel Distretto Appennino sarà sviluppato un progetto di teleconsulenza per garantire supporto medico a distanza alle ostetriche operanti nei consultori di Castiglione dei Pepoli e Vado, migliorando l'accesso alle cure per le coppie di giovani immigrati, riducendo le difficoltà di spostamento.

Nel 2024, è proseguito l'impegno aziendale nella promozione dell'allattamento al seno. L'Azienda ha aderito al progetto nazionale inter-societario "Politica aziendale di allattamento al seno" (PAA) con l'obiettivo di promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento nei centri di neonatologia e di ginecologia ed ostetricia in modo da ottenere un incremento dei tassi di allattamento alla dimissione dalla maternità ed un miglioramento dell'appropriatezza delle pratiche assistenziali. Il Progetto PAA riguarda i neonati sani delle maternità con un'età gestazionale ≥ 37 settimane e con peso neonatale ≥ 2500 grammi. È stata completata la stesura della policy aziendale allattamento, deliberata con atto n.80 del 27/02/2025, ed è stato elaborato un regolamento aziendale sul tema, che contiene pratiche clinico-assistenziali aggiornate per consentire appropriatezza e uniformità sia in ambito ospedaliero che territoriale. Si prevede quindi nel triennio, grazie alla condivisione e diffusione delle pratiche appropriate e al completamento della formazione del personale, un incremento dei tassi di allattamento a 3 e 5 mesi.

Percorso di presa in carico richiesta di interruzione di gravidanza

L'Azienda USL di Bologna garantisce l'accesso al percorso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in regime ambulatoriale, sia presso i consultori (attualmente attivo a San Giovanni in Persiceto), sia presso l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale di Porretta. Nel 2024, il tempo di attesa per l'IVG, sia farmacologica che chirurgica, è risultato inferiore a 15 giorni nel 98,56% dei casi, a conferma dell'efficace e tempestiva presa in carico da parte dei consultori e delle strutture ospedaliere, indipendentemente dalla modalità di intervento.

Nel 2025, il percorso sarà aggiornato secondo quanto previsto dalla Determina RER n. 21024 del 09/10/2024, in linea con le raccomandazioni ministeriali e le linee guida internazionali, che stabilisce l'ampliamento dell'offerta di IVG farmacologica nei consultori familiari fino al 63° giorno di amenorrea. La nuova normativa introduce inoltre la possibilità di completare l'interruzione di gravidanza presso il domicilio, assumendo il secondo farmaco con il supporto della telemedicina. A tal fine, sono in corso di revisione le procedure aziendali per adeguare il percorso assistenziale, nell'ottica di garantire sicurezza al percorso. Nel triennio 2025-2027 quindi, l'introduzione del percorso

domiciliare permetterà di ampliare ulteriormente la libertà di scelta della donna rispetto alla sede in cui effettuare l'IVG, valorizzando prossimità e personalizzazione dell'assistenza.

Contestualmente, proseguiranno le azioni di prevenzione delle IVG ripetute attraverso il progetto regionale "Contrasto IVG ripetute", che consente l'offerta gratuita di metodi contraccettivi reversibili a lunga durata (*long-acting reversible contraception* - LARC). Nel 2024 sono stati erogati gratuitamente 192 dispositivi LARC a donne a rischio di IVG ripetute, di cui il 72% a donne straniere, grazie a un fondo regionale dedicato.

Interventi di prevenzione della violenza di genere e al maltrattamento e abuso sui minori

Oltre agli interventi di sensibilizzazione nelle scuole operate dal personale di Spazio Giovani ed al coinvolgimento dei padri nei percorsi verso la nascita sopra citate, in un'ottica di prevenzione della violenza di genere e del maltrattamento e abuso dei minori è rilevante l'attività del Centro "Liberiamoci dalla Violenza" (LDV). Lo spazio è dedicato agli uomini autori di violenza nelle relazioni affettive ed opera con l'obiettivo di interrompere i comportamenti violenti e promuovere relazioni rispettose attraverso un percorso individuale e/o di gruppo. L'attività del LDV si integra nelle strategie di prevenzione della violenza di genere, in sinergia con i servizi sanitari, sociali, i Centri antiviolenza e la rete territoriale. Il lavoro del Centro contribuisce alla tutela della salute fisica e psicologica delle donne e dei minori, promuovendo la cultura del rispetto e la responsabilizzazione degli autori di comportamenti violenti. Accanto all'attività rivolta all'uomo autore della violenza (nel 2024 sono stati presi in carico e seguiti con trattamento 28 uomini), il Centro sviluppa un'azione di prevenzione e sensibilizzazione culturale, riconoscendo la necessità di agire sulle radici profonde della violenza. In questa prospettiva, promuove percorsi educativi e formativi rivolti a scuole, associazioni, realtà del lavoro e operatori socio-sanitari, con l'obiettivo di favorire una cultura delle relazioni rispettose, decostruire stereotipi di genere e contribuire alla prevenzione primaria della violenza. L'attività formativa si è progressivamente consolidata negli anni, con un numero crescente di incontri, riflettendo l'impegno del Centro non solo nella presa in carico individuale, ma anche nella trasformazione sociale necessaria per contrastare strutturalmente la violenza di genere.

Nel triennio 2025-2027 è prevista una riorganizzazione del servizio LDV in adeguamento alla DGR n. 1321/2024 "Approvazione indicazioni operative per il funzionamento dei centri LDV". Inoltre, verrà introdotta la modalità di trattamento in piccoli gruppi condotti da due psicologi affiancata a quella dei colloqui individuali.

Prosegue inoltre lo screening sistematico della violenza domestica sia per donne che accedono al Percorso Nascita sia per quelle che accedono al percorso IVG e viene assicurata un'adeguata presa in carico delle situazioni a rischio e l'attivazione tempestiva della rete territoriale di supporto in collaborazione col servizio sociale, i centri antiviolenza e istituzioni, anche grazie il potenziamento della formazione degli operatori.

Promozione e cura del benessere fisico, psichico, relazionale e sessuale degli adolescenti e dei giovani adulti

Gli Spazi Giovani rappresentano un servizio, presente in ogni distretto, strategico per la promozione della salute sessuale e affettiva degli adolescenti, offrendo consulenze gratuite e riservate su sessualità, contraccezione, relazioni affettive e problematiche psicologiche e fornendo supporto psicologico e accesso alla contraccezione gratuita. Il servizio accoglie sia richieste spontanee che segnalazioni da scuole e servizi territoriali, garantendo interventi tempestivi per il riconoscimento precoce di situazioni di disagio. Rilevante è inoltre l'attività dedicata agli interventi educativi nelle scuole di diverso ordine e grado (compresi i centri di Formazione Professionale e il centri per l'istruzione degli adulti- CPIA): nell'anno scolastico 2023/2024 sono stati raggiunti 11.227 adolescenti

(22,9% della popolazione target 14-19 anni) e 1.527 adulti del contesto, attraverso percorsi formativi finalizzati a migliorare le conoscenze e le competenze rispetto alle tematiche delle relazioni, dell'affettività e della sessualità, con particolare attenzione a favorire l'adozione di comportamenti preventivi rispetto alle gravidanze indesiderate, alle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) e alla violenza di genere. L'offerta si articola in diversi progetti specifici per fascia d'età in collaborazione con le scuole ed enti locali, alcuni percorsi sono in raccordo con il programma predefinito del Piano Regionale della Prevenzione "P001 scuole che promuovono salute". Attraverso i progetti di promozione alla salute e l'accesso libero, il servizio intercetta frequentemente situazioni di maltrattamento, abuso e violenza di genere che vengono prese in carico con tempestività.

L'attività clinica psicologica gestisce richieste spontanee e segnalazioni dai servizi territoriali, fornendo consulenze brevi su tematiche sessuali e relazionali e consultazioni prolungate per problematiche complesse. Si rileva un progressivo aumento delle richieste di supporto legate a situazioni di molestie, violenza nelle relazioni affettive e tematiche connesse all'identità di genere. In tali ambiti verranno potenziate le competenze specifiche degli operatori mediante formazione e si favorirà l'integrazione stabile di équipe multiprofessionali nei percorsi di presa in carico.

Il 2025-2027 prevede il consolidamento della rete territoriale con scuole, enti locali ed associazioni, sinergia indispensabile per la promozione del benessere adolescenziale e per offrire risposte coordinate ed efficaci. Verrà inoltre perfezionata l'integrazione tra Consultorio Familiare, Spazio Giovani e Tutela Minori della UO Psicologia territoriale in tema di sostegno psicologico rivolto a adolescenti e genitori. Saranno inoltre sviluppate strategie differenziate per facilitare l'accesso al servizio, come la mappatura degli orari scolastici del distretto e dei mezzi pubblici, al fine di agevolare la fruizione da parte dei ragazzi presso le sedi periferiche con orari di apertura ridotti. In aggiunta verrà effettuato un monitoraggio dei momenti di maggiore affluenza presso la sede del Distretto di Bologna, per ottimizzare la distribuzione dell'utenza. Inoltre, dal 2025 è prevista la continuità della presenza dell'andrologo nell'equipe per favorire l'accesso alla popolazione maschile per contraccezione, prevenzione IST e diagnosi precoce di malattie andrologiche.

Gli Spazi Giovani Adulti, operativi in ogni distretto e dedicati alla salute sessuale, riproduttiva e alla pianificazione familiare della popolazione tra i 19 ed i 34 anni, hanno registrato nel 2024 un significativo incremento dell'attività con 6.865 prestazioni erogate a 2.918 utenti presi in carico, confermando la crescente rilevanza del servizio rispetto all'anno precedente. L'offerta comprende visite ginecologiche, consulenze su prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse e contraccezione, oltre alla distribuzione gratuita di contraccettivi, includendo inserimenti e rimozioni di dispositivi intrauterini, impianti sottocutanei a rilascio di progesterone e supporto psicologico per problematiche relazionali o sessuali.

Un importante sviluppo è rappresentato dall'approvazione nel 2024 del protocollo organizzativo "Rete Infezioni Sessualmente Trasmesse: Bologna-Imola", che identifica gli Spazi Giovani e Giovani Adulti come nodi di primo livello per lo screening delle IST. Dal 2025, a seguito di specifica formazione del personale e dopo stesura di documento operativo interaziendale, è stato introdotto lo screening mediante tampone vaginale per le utenti maggiorenni, con eventuale successiva presa in carico delle positive in rete con il servizio Malattie Sessualmente Trasmesse dell'IRCCS AOU Bologna per gli invii dei casi complicati.

La programmazione triennale 2025-2027 si concentra sul miglioramento dell'accessibilità, attraverso l'informatizzazione del sistema di prenotazione degli Spazi Giovani Adulti e sul rafforzamento delle attività di prevenzione delle IST mediante sensibilizzazione della popolazione giovanile e diagnosi precoce. Particolare attenzione sarà rivolta all'incremento dell'accesso maschile al servizio, grazie

all'inserimento della figura dell'andrologo nell'équipe multidisciplinare, garantendo un approccio più inclusivo e completo alla salute sessuale e riproduttiva.

In un'ottica di inclusività, un passo significativo a favore della prevenzione è stato l'avvio di un ambulatorio dedicato allo screening del tumore della cervice uterina per le persone transgender-AFAB (Assigned Female at Birth) che conservano l'organo bersaglio, attivo presso il Consultorio Reno. Il servizio è gestito da un'ostetrica formata, operante in uno spazio riservato, sicuro e accogliente. Nel corso del triennio 2025-2027, grazie alla collaborazione con le associazioni, fondamentali per la diffusione dell'informazione del percorso, si auspica un incremento dell'adesione allo screening di questa popolazione.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	65,2	68,1	72,02	63,85	≥ 52% (media 2018)	Mantenimento
IND0661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	47,56	60,47	64,86	67,77	-	Miglioramento
IND0662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	22,38	31,45	33,08	29,22	-	Miglioramento
IND0317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	6,37	6,56	7,3	9,83	≥ 7%	Miglioramento
IND1126	% di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	-	5,1	5,37	8,82	≥ 7%	Mantenimento
IND0908	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	85,55	71,96	67,18	50,26	≥ 25%	Mantenimento
IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	6,25	9,04	2,4	15,34	≤ 25%	Mantenimento

A.2.3 Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

Lo scenario epidemiologico all'interno del quale andranno a collocarsi le attività dei servizi del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) per il prossimo triennio sarà condizionato dalle conseguenze e dai processi attivatisi nel periodo post-pandemico, sia sul piano clinico che sul piano sociale, in un equilibrio dinamico fra richiesta di interventi nuovi e tradizionali, sostenibilità e riallocazione di risorse. In questo contesto saranno necessarie sperimentazioni cliniche ed organizzative in raccordo con tutta la rete territoriale di riferimento del DSMDP per processi di miglioramento dei percorsi clinici e delle pratiche dei servizi in generale.

I servizi più impegnati nella gestione delle emergenze e delle post-acuzie rilevano dati in crescita da diversi anni per tutte le fasce di età: l'accesso di giovani ed adolescenti che presentano aspetti clinici spesso fra loro sovrapposti e/o intersecati del discontrollo comportamentale ed affettivo,

dell'antisocialità anche con interazioni con il sistema penale, dei disturbi del comportamento alimentare e dell'utilizzo di sostanze sarà oggetto di interventi specifici anche in raccordo con i servizi sociali territoriali. Di conseguenza anche i servizi più orientati alla presa in carico sono chiamati a rivalutare l'efficacia dei percorsi di cura attraverso la valorizzazione delle competenze di tutti i profili professionali dell'area dipartimentale, l'utilizzo appropriato dei fattori produttivi e il potenziamento della collaborazione con le reti territoriali. Questo in virtù del fatto che le traiettorie psicopatologiche degli utenti sempre più spesso impediscono le transizioni tradizionali fra servizi e complicano le dinamiche di integrazione sociosanitaria. Da qui la necessità di adeguare l'articolazione dei servizi anche attraverso nuove tipologie di organizzazione, da sperimentare su base locale e distrettuale, laddove concretamente si realizzano i percorsi di ripresa personale e di inclusione comunitaria degli utenti.

Progetti individualizzati, recovery, coproduzione, engagement anche per utenti difficili da raggiungere sono elementi cardine di una strategia complessiva che richiederà momenti formativi e di confronto anche a supporto di eventuali cambiamenti organizzativi. Lavorare in questa direzione, garantendo risposte equilibrate e sostenibili, sarà la conseguenza di interventi integrati a livello individuale (micro), dei servizi (meso) e di sistema (macro).

In particolare, si segnalano di seguito le linee di lavoro prioritarie.

- Emergenza-urgenza: implementazione della funzione di bed-management per la gestione dell'emergenza/urgenza, per un utilizzo appropriato ed integrato presso i 3 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Azienda dei posti letto per acuti, e per definire il setting più appropriato di cura per il ricovero in urgenza di minori. Il lavoro in "entrata" nel sistema per la gestione dell'urgenza sarà coordinato con una funzione "flow", per governare il passaggio alla fase post-acuta verso posti letto del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo e Residenza a Trattamento Intensivo (RTI) (in collaborazione con l'ospedalità privata) e verso le risorse della fase riabilitativa residenziale (gestori del privato sociale accreditato) che si amplierà anche al monitoraggio dei minori in comunità residenziali.
- Residenzialità: l'utilizzo appropriato della residenzialità psichiatrica e socio-sanitaria rappresenta un obiettivo strategico che richiede uno studio ed un monitoraggio per intervenire su tutti gli aspetti che negli anni hanno contribuito a ricorrervi in un modo non più sostenibile. Per quanto i pazienti in strutture psichiatriche sanitarie rappresentino l'1% circa dei pazienti adulti in carico ai servizi, il costo di questi percorsi assorbe oltre la metà del budget dipartimentale. Una lettura corretta dei dati sulla residenzialità deve tenere conto di più aspetti: presenza di quasi il 50% di utenti inseriti per disposizione della magistratura con misure alternative alla detenzione, bisogni assistenziali in crescita in una popolazione in carico che invecchia e che ha alta necessità di supporto, difficile rientro nei territori di riferimento per mancanza di relazioni sociali o familiari valide, non disponibilità di soluzioni abitative non sanitarie, presenza di forme di stigma difficili da contrastare a favore di una effettiva inclusione sociale. Nel 2025 entrerà in vigore il nuovo accordo quadro per la residenzialità sociosanitaria che contribuirà ad ampliare la copertura di bisogni di utenti che rischiano di rimanere in strutture a maggior grado di protezione anche senza una effettiva indicazione clinica. Per un utilizzo efficace della residenzialità psichiatrica sarà necessario rivisitare le pratiche delle singole equipe dei servizi sulla progettazione individualizzata, l'effettiva collaborazione con i servizi sociali territoriali e creare le condizioni per una maggiore sinergia con le potenzialità dello strumento del Budget di salute.

- Progetti Area Pre-adolescenti/Adolescenti/Giovani: verrà data continuità ai gruppi di lavoro regionali multidisciplinari (gruppo esordi, gruppo gravi disturbi di personalità, gruppo psicopatologia 0-13, gruppo 14-25) e progetti volti a favorire la transizione di utenti dai servizi della minore alla maggiore età (Psicologia di Transizione). In questa direzione, il fondo ministeriale per il potenziamento dei DSM per l'area adolescenti ha consentito di avviare un centro diurno sperimentale "L'Osservanza" in grado di ampliare la risposta a quadri di post-acuzie. Nel 2025 è previsto l'avvio delle attività del reparto di area vasta per minori con psicopatologia che andrà a completare le attività della UO Psicopatologia e Psicoterapia dell'Età Evolutiva. Si stanno delineando, inoltre, sperimentazioni a livello territoriale (ambulatori specifici per adolescenti con stati mentali a rischio o con esordi psicotici, modello della prescrizione sociale per giovani NEET, progetti su giovani ritirati, Spazi Skills, il progetto "Sguardi Multipli", i gruppi CONNECT, il recovery college young, etc.) dai cui risultati si attendono indicazioni per cambiamenti organizzativi più ampi. Inoltre, proseguono le attività di progettazione di un centro diurno per disabili età evolutiva presso il Monastero della Visitazione.
- Riorganizzazione Servizi per le Dipendenze Patologiche (SERDP): deliberata nel giugno 2023, è andata consolidandosi ridefinendo l'articolazione territoriale dei servizi per le dipendenze in una logica di prossimità, con particolare attenzione al target dei giovani consumatori, in funzione più dei bisogni espressi che in base alla tipologia della sostanza primaria di dipendenza. Nei prossimi anni la ridefinizione delle sedi dei servizi sarà un'ulteriore opportunità per rivisitare i percorsi di cura e le ampie collaborazioni che il SERDP ha strutturato con gli enti locali e i gestori accreditati anche attraverso sperimentazioni innovative (ad esempio il Budget di salute per persone in uscita da percorsi residenziali).
- Budget di salute: in accordo con le recenti linee di indirizzo della Conferenza Stato Regioni, il Budget di Salute si conferma anche per i prossimi anni lo strumento di sistema che più di altri può consentire il raggiungimento di obiettivi frutto di una progettazione individualizzata, realmente condivisa con l'utente e la sua rete naturale di riferimento. Nel 2025 è stata avviata una nuova coprogettazione che potrà coinvolgere tutti gli attori che su base distrettuale saranno disponibili a concorrere ad un sistema di opportunità locale per percorsi di ripresa personale di persone con disturbi mentali. In questo contesto potrà andarsi a definire un "portfolio" di strumenti e pratiche orientate alla recovery (recovery college, housing first, prescrizione sociale, etc.) con particolare riferimento all'area dell'abitare in alternativa e a contrasto della residenzialità tradizionale.
- Salute mentale in carcere: sia presso la Casa Circondariale Rocco D'Amato che presso l'Istituto Penale Minorile Pratello i servizi della psichiatria forense, del SERDP e della NPJA lavoreranno in modo integrato valorizzando i contributi di tutti i profili professionali delle équipe con l'obiettivo di promuovere percorsi di cura e di promozione della salute mentale anche attraverso collaborazioni con il terzo settore e l'associazionismo, di mitigare il rischio suicidario attraverso protocolli locali redatti sulla base delle indicazioni regionali e monitorare l'uso appropriato delle terapie psicofarmacologiche.
- Contributo allo sviluppo delle Case della Comunità: Il DM77, il documento AGENAS del Gruppo di Lavoro dell'Area Salute Mentale e le linee di indirizzo regionali sulle Case della Comunità riprendono, strutturandolo ulteriormente, il modello a livelli della *stepped-care* che ha informato la psichiatria di comunità soprattutto nel definire rapporti collaborativi con i MMG). Il livello della consulenza e dell'assistenza primaria si configura come l'ecosistema all'interno del quale valorizzare il contributo di tutte le competenze delle varie aree

dipartimentali, non solo per decodificare e rispondere con interventi psicologici o consulenze psichiatriche ai disturbi emotivi comuni, ma anche per intercettare, attraverso la rete multidisciplinare di riferimento delle Case della Comunità, casi complessi secondo il paradigma dell'intervento precoce e definirne i percorsi di presa in carico più appropriati. La revisione delle procedure sull'accesso ai servizi si propone di arrivare ad una interlocuzione sempre più efficace con i MMG per l'invio dell'utenza ai percorsi più appropriati dell'area della salute mentale, con particolare riferimento a consulenze psicologiche e psichiatriche. La partecipazione degli operatori del DSMDP alle attività del Community Lab favorirà la costituzione di una comunità di pratica fra i professionisti delle Case della Comunità in stretta relazione con il territorio di riferimento.

- La UOC Psicologia Territoriale contribuirà allo sviluppo e all'implementazione di progetti aziendali relativi al benessere organizzativo e alla gestione delle emergenze ambientali verificatesi nel corso dell'anno in raccordo con i Distretti; tutti i servizi dipartimentali, con contributi multiprofessionali, sono impegnati nelle attività del Gruppo Vulnerabilità e Migranti e contribuiranno ad una riflessione sia interna al DSMDP che aperta a tutta la rete aziendale e territoriale su un'area di intervento clinico particolarmente complessa, che richiede continui adeguamenti sia in termini organizzativi, clinici e di raccordo con la rete del contesto comunitario.
- Equipe integrata autismo adulti: nel 2025 si concluderà la revisione del PDTA Autismo (minori ed adulti) ed proseguirà la sperimentazione di percorsi residenziali per utenti comportamentali con diagnosi di disturbo del neurosviluppo in condizione di post-acuzie anche con l'obiettivo di strutturare percorsi a diversi gradi di intensità di intervento che, in collaborazione con i servizi socio-sanitari, possano ampliare e diversificare una rete di offerta in linea con criteri di appropriatezza degli interventi riabilitativi.
- Disturbi del comportamento alimentare: l'Azienda ha completato il PDTA "Disturbi del comportamento alimentare (DCA)" integrando tutti i contributi dei servizi in una logica di interdipartimentalità ed interaziendalità. Proseguirà, secondo le indicazioni regionali, il consolidamento dell'Equipe multiprofessionale della Transizione DCA (sia per adulti che minori) che sta consentendo la gestione di casi complessi governando i passaggi di setting e favorendo interventi domiciliari che stanno riducendo il ricorso a ricoveri in condizione di acuzie.
- Rapporto con l'associazionismo e gli enti del terzo settore: il DSMDP ha consolidato esperienze importanti di coprogettazione e coprogrammazione con le associazioni dell'area della salute mentale che fanno riferimento al Comitato Utenti, Familiari ed Operatori (CUFO) e del programma PRISMA, sia per la psichiatria adulti che per la neuropsichiatria infantile.
- Rapporti con gli enti locali: nel 2025 si concluderà il lavoro facilitato da Città Metropolitana per la definizione delle Linee di Indirizzo per gli accordi di programma distrettuali fra DSMDP e servizi sociali territoriali che verranno redatti nel corso del triennio.
- Proseguiranno le attività dei gruppi di lavoro multidisciplinari per l'implementazione e dove necessario l'aggiornamento delle procedure ed i protocolli del sistema qualità dipartimentale con particolare riferimento all'accesso, alla prevenzione del suicidio nei vari setting di cura, la procedura aziendale per i disturbi del comportamento in età evolutiva, per lo screening del disagio psichico perinatale, per l'assistenza alle donne vittime di violenza, per la corretta prescrizione di psicofarmaci nelle carceri, il protocollo di collaborazione con l'Istituto Penale per Minori.

- Attivazione di tutti gli strumenti previsti dal Regolamento aziendale dei Dipartimenti di produzione: con l'obiettivo di favorire l'integrazione fra tutte le aree dipartimentali e garantire un'ampia partecipazione degli operatori, si proseguirà nella strutturazione dei gruppi di lavoro su qualità e gestione del rischio, gestione dei dati, residenzialità, percorsi di cura, emergenza/urgenza, formazione, pratiche orientate alla recovery e alla coproduzione.
- Nello specifico, il gruppo di lavoro sui dati in raccordo con la UO Sistemi Informativi Aziendali avrà un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi regionali connessi all'implementazione del sistema CURE tenendo conto delle criticità evidenziate negli anni scorsi, comprese le sue funzioni per la telemedicina, per renderlo effettivamente rispondente alle necessità cliniche degli operatori e per la rendicontazione delle attività svolte, in modo congruente con le relative procedure amministrative.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	PIAO Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
D27C (EX0836)	% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	7,54	7,34	6,38	6,5	<=6,9%	Mantenimento
D29C (EX0856)	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - NSG	85,57	118,86	89,77	128,84	-	Mantenimento
IND0960	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	17,75	21,2	20,71	24,55	-	Mantenimento
IND0225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	73,03	71,84	72,52	89,74	-	Mantenimento
IND0226	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	6,8		7,82	8,9	-	Mantenimento
IND0953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	22,69	23,05	23,99	21,24	-	Miglioramento
IND0955	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	16,68	17,48	19,64	20,31	-	Mantenimento

A.2.3.1 Salute nelle carceri

Nel quadro del miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, si individuano una serie di obiettivi strategici volti a rafforzare la qualità, la tempestività e la continuità delle cure rivolte alla popolazione detenuta.

In primo luogo, è prevista un'azione mirata al miglioramento della copertura degli screening infettivologici per HCV e HBV, con particolare attenzione alla presa in carico dei nuovi giunti. Parallelamente, si punta a incrementare l'attività specialistica e a rafforzare i percorsi di cura, con

un'attenzione specifica allo sviluppo della specialistica interna, della telemedicina e dell'accesso ai percorsi ospedalieri per i pazienti che necessitano di interventi chirurgici.

Un ulteriore obiettivo riguarda la sistematizzazione della raccolta dei dati sanitari attraverso monitoraggi mensili, elaborazioni statistiche e la successiva divulgazione tra gli operatori, al fine di migliorare la condivisione delle informazioni e il coordinamento tra i diversi livelli di intervento.

Si prevede inoltre un incremento delle attività riabilitative e delle iniziative di promozione dell'educazione alla salute, con l'intento di rafforzare le competenze individuali e il benessere complessivo dei detenuti.

Un aspetto rilevante è rappresentato dal rafforzamento della continuità assistenziale al momento della scarcerazione, tramite la creazione di un servizio di raccordo tra il carcere e il territorio.

A.2.4 Ambito sociosanitario

Nel corso del triennio 2025-2027, l'Azienda continuerà nel presidio dell'ambito sociosanitario, in continuità con le indicazioni del DM 77/2022 rispetto al rafforzamento dei servizi territoriali, che vede, tra le varie azioni, l'attivazione delle Case della Comunità, delle COT e l'apertura dei PUA, importanti snodi di accoglienza dell'integrazione sociosanitaria, che si inseriscono nella consolidata rete di accesso assieme agli Sportelli Sociali. Si continuerà inoltre a presidiare, in sinergia con gli Enti Locali, la programmazione dei bisogni sociosanitari della popolazione, fornendo risposte integrate alla fragilità e alla non autosufficienza delle persone anziane e con disabilità e ai loro caregiver, mediante interventi sostenuti col Fondo Regionale della Non Autosufficienza e con gli altri fondi sociosanitari dedicati, come dettagliato nei paragrafi a seguire.

A.2.4.1 Consolidamento dei punti unici di accesso PUA

Nell'area metropolitana di Bologna, nel giugno 2023, è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale e interistituzionale per la declinazione del modello PUA nelle Case della Comunità nel territorio metropolitano e per la condivisione di un modello e di strumenti di lavoro, che sono stati approvati nella Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria Metropolitana nell'ottobre del 2024. Come previsto dal DPCM del 03/10/2022 che recepisce il Piano nazionale per la non autosufficienza - PNNA 2022-2024, ogni Distretto ha poi siglato un accordo di programma con gli Enti locali definendo le modalità di collaborazione organizzative e professionali in materia di integrazione sociosanitaria. Sulla base dei documenti di riferimento metropolitani e in linea con gli specifici accordi interistituzionali sopra richiamati, l'Azienda ha elaborato un documento di sintesi di modello organizzativo dei PUA nel territorio dell'Azienda USL di Bologna, poi approvato dall'Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana. Ciascun Distretto, sulla base di questo modello, ha declinato le modalità operative dei PUA del proprio territorio in specifici protocolli operativi, dando avvio alle attività dei PUA.

Nel triennio 2025-2027 l'Azienda provvederà, in sinergia con gli Enti Locali, a completare le aperture dei PUA in tutta la rete delle Case della Comunità, garantendo la piena realizzazione dei contenuti presenti negli accordi distrettuali e promuovendo e consolidando le azioni ad essi riferite (collegamento sportelli sociali e COT, monitoraggio attività, implementazione del sistema informativo, ...).

A.2.4.2 Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti

L'Azienda USL di Bologna sostiene e partecipa attivamente alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti, portando a

compimento, in collaborazione con gli enti locali, quanto definito dalle linee regionali in tema di sostegno ai caregiver. L'impegno a favore dei caregiver rappresenta un valore che deve essere attuato a tutti i livelli della presa in carico delle persone assistite, per garantire cure eque e rispettose in grado di riconoscere sia le esigenze della persona accudita, sia del familiare. La progettazione di interventi personalizzati per il sostegno dei caregiver familiari è un obiettivo che vuole essere perseguito anche per il triennio 2025-2027, rafforzando la cultura della valorizzazione e riconoscimento dei caregiver, nel rispetto delle azioni realizzate negli anni precedenti.

Un contributo significativo si deve alle UASS distrettuali che nel tempo hanno promosso molteplici interventi a favore dei caregiver (interventi di supporto, formativi, di promozione della salute e del benessere psicologico) oltre alle attività di governo del budget dedicato dal progetto regionale, nonché di monitoraggio e rendicontazione delle attività a favore dei caregiver. Tali attività sono rese possibili grazie alla forte collaborazione con gli Enti locali e Associazioni presenti nei territori che si intende rafforzare nel triennio.

L'Azienda intende assicurare la piena operatività della procedura di riconoscimento del caregiver in fase di accesso e consolidare il percorso di qualificazione degli interventi a sostegno dei caregiver familiari sulla base delle indicazioni operative regionali (L. 5/2024). Particolare attenzione verrà data ai caregiver di persone con disabilità e di persone con demenza. L'impegno va anche nella direzione di una sempre maggiore progettazione di interventi formativi finalizzati a sensibilizzare gli operatori alla presa in carico e al sostegno dei caregiver.

A.2.4.3 Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza

L'Azienda, nel triennio 2025-2027, proseguirà nelle azioni di supporto alla rete dell'offerta dei servizi sociosanitari e socioassistenziali attraverso il coordinamento con le attività aziendali di assistenza sanitaria territoriale, offrendo anche attività formativa ai professionisti sociosanitari, monitoraggio presso i servizi e le attività di vigilanza di propria competenza, nonché adoperandosi per assicurare piena attivazione e la messa a disposizione di quanto previsto negli accordi contrattuali.

Nel corso del triennio 2025-2027 è previsto un aumento dei posti accreditati e contrattualizzati nelle CRA, che favorisca una maggiore omogeneità tra gli ambiti distrettuali dell'Azienda.

Al fine di qualificare l'offerta residenziale di lungoassistenza, l'Azienda proseguirà nel percorso di rilevazione della Qualità percepita nelle CRA e nella revisione degli indicatori; inoltre, proseguirà l'attività di valutazione specialistica multidisciplinare per i medici e gli operatori delle CRA nella gestione in struttura dei casi complessi, e il percorso di Audit sul superamento della contenzione meccanica nelle CRA.

L'Azienda, infine, sarà parte attiva nell'attuazione sul territorio del nuovo sistema di accreditamento e di remunerazione dei servizi sociosanitari accreditati.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	PIAO Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	16,68	19,27	16,49	16,6	-	Mantenimento
IND0506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	3,17	3,86	3,94	4,46	-	Riduzione
D33ZA	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario	35,3	35,28	35,94	39,48	> 30	Mantenimento

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	PIAO Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
	residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti						

A.2.4.4 Governo della rete dei servizi socio-sanitari per persone con disabilità

Nel corso del triennio 2025-2027, in continuità con tutte le azioni e le progettualità messe in campo negli scorsi anni, l'Azienda proseguirà nella programmazione delle attività di sistema e di governo della rete dei servizi sociosanitari riferiti alle persone con disabilità.

Verrà garantita la prosecuzione dell'attività correlata all'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (L. 112/2016 sul "Dopo di Noi") e la partecipazione ai programmi per la Vita Indipendente, destinati alle persone con disabilità, sulla base del progetto presentato dalla Regione Emilia-Romagna con DGR n.156/2018. Si ricorda che gli interventi riferiti alla normativa sopracitata non sono standardizzabili e rispondono a progettualità specifiche di ciascun territorio: possono spaziare da interventi individuali a interventi di gruppo, sempre fortemente orientati a sostenere la domiciliarità e ad evitare l'istituzionalizzazione degli assistiti. Il target varia da utenti gravi e gravissimi con patologie croniche a utenti inseriti in progetti volti alla autonomia di vita o al mantenimento delle autonomie. Si tratta di progetti molto diversificati, predisposti e gestiti nell'ambito della programmazione approvata annualmente da ciascun Comitato di Distretto.

L'Azienda terrà inoltre conto di quanto stabilito dalla legge delega sulla disabilità e dai correlati decreti attuativi, mettendo a disposizione, in una logica di una sempre più forte integrazione con gli Enti Locali, tutte le professionalità sanitarie necessarie alla realizzazione di quanto previsto dalla norma, in particolare per la realizzazione del progetto di vita che - coerentemente con le indicazioni statali e regionali - dovrà essere predisposto in ciascun Distretto.

Nell'ambito dell'offerta residenziale relativa alla presa in carico delle persone con disabilità, disturbi complessi del neurosviluppo e gravi comportamenti, nel triennio si lavorerà per ampliare la rete accreditata, individuando nuclei/posti dedicati in uscita dai trattamenti intensivi di accoglienza temporanea attualmente vigenti in Azienda, alla luce dei criteri individuati dal gruppo di lavoro interistituzionale e multi professionale, coordinato dall'Ufficio di Supporto della Città Metropolitana di Bologna, che attualmente sta lavorando in tal senso.

Con riferimento all'area delle gravissime disabilità acquisite l'Azienda, oltre a garantire continuità rispetto alla raccolta annuale di un set di indicatori riferiti ai Nuclei GRAD e alla formazione della rete dedicata su tematiche condivise (es. intercultura, Patto di Cura, strumenti di valutazione, area giuridica), darà avvio alla riflessione sulla rete per la costituzione di un quarto Nucleo GRAD.

Rispetto, infine, alla qualificazione della rete dei servizi, l'Azienda continuerà a presidiare i percorsi di Qualità Percepita di utenti e familiari nei servizi residenziali per persone con disabilità, con l'intenzione nel triennio di riprendere e rinforzare i percorsi suddetti anche nei servizi semiresidenziali.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,38	0,37	0,35	0,35	-	Mantenimento

A.3 Sottosezione di programmazione degli esiti

A.3.1 Programmazione degli esiti

L'Azienda USL di Bologna nel triennio 2025-2027 continuerà a porre particolare attenzione agli obiettivi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 in relazione ai valori soglia previsti dagli indicatori su volumi ed esiti, non solo con riferimento alle strutture pubbliche afferenti all'Azienda stessa, ma governando anche l'offerta delle strutture private accreditate avviando programmi di adesione agli standard quantitativi e qualitativi previsti, qualora non fossero in linea.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0379	Costituzione Focus Factory - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	82,32	65,41	45,44	80,05	≥ 95%	Miglioramento
H05Z	Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	89,5	92,42	89,24	87,21	≥ 90%	Miglioramento
H23C	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico - NSG	10,52	9,57	8,10	9,39	≤ 7,25%	Mantenimento
H24C	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata - NSG	11,95	11,49	8,27	8,39	≤ 12%	Mantenimento
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	100	100	100	97,11	≥ 90%	Mantenimento
H03C	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	4,66	4,49	6,76	3,82	≤ 2,66%	Miglioramento
IND0402	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,8	0,97	1,31	0,97	≤ 0,7%	Miglioramento
IND0403	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,76	0,98	1,27	1,60	≤ 1,2%	Miglioramento
H17C	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	13,38	10,7	13,28	14,84	≤ 15%	Mantenimento
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	18,96	20,69	17,97	16,26	≤ 20%	Mantenimento
IND1013	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	25,95	70,95	81,10	66,59	≥ 80%	Mantenimento
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	17,57	18,49	19,71	18,07	≤ 14,55	Miglioramento
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	16,56	19,73	18,13	17,36	≤ 14,05	Miglioramento

B. DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

B.1. Sottosezione di programmazione della struttura d'offerta e della produzione

B.1.1 Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

In merito al tema del riordino dell'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel corso degli anni ha pianificato e attuato azioni volte a soddisfare i criteri e le linee guida previste dalla normativa nazionale (DM70/2015) e regionale (DGR 2040/2015). In ambito metropolitano, sono proseguiti i lavori volti a sviluppare e potenziare servizi Interaziendali.

L'Azienda ha proseguito nella ridefinizione delle mission dei propri ospedali, accompagnata da importanti interventi di ristrutturazione strutturale e organizzativa. In particolare:

- sono stati avviati lavori (alcuni proseguiranno nel 2025) per dotare l'Ospedale Maggiore e il Bellaria di tecnologie avanzate. Tra questi, al Maggiore sono stati attivati una nuova sala angiografica biplano per lo Stroke, una seconda Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) e una nuova Tomografia Computerizzata (TC) in PS. Al Bellaria è iniziata la ristrutturazione di un padiglione che ospiterà cardiologia, pneumologia e un centro per le patologie neuromuscolari.
- è stato riorganizzato il layout delle degenze del Maggiore, raggruppando i reparti per aree omogenee su piani contigui, per ottimizzare percorsi di cura, personale e gestione dei pazienti.
- è partita la riorganizzazione dei presidi secondo il modello "focus hospital", con la concentrazione di specialità chirurgiche in strutture dedicate. Il blocco operatorio di Bazzano è stato focalizzato sulla chirurgia oftalmica, mentre a San Giovanni parte della chirurgia generale è stata riconvertita da day surgery ad ambulatoriale. Sono in progettazione ulteriori riconversioni per urologia e chirurgia vascolare.

I principali indicatori presi in esame rappresentano l'attività erogata: l'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione dalla stessa provincia risulta in leggero aumento ed è maggiore della media regionale, l'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione dalla stessa regione ed extra regione è invece in lieve flessione.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	PIAO Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - stessa provincia	82,44	82,14	83,23	77,78	-	Mantenimento
IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - stessa regione	8,84	8,90	8,52	9,6	-	Miglioramento
IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - fuori regione	8,72	8,97	8,25	12,62	-	Miglioramento
IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria	0,99	1,02	1,03	-	-	Miglioramento

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	PIAO Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0872	Indice comparativo di performance	0,99	0,96	0,97	-	≤1,25	Mantenimento
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	0,15	0,15	0,14	0,16	<0,15	Mantenimento
H06Z	Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente	1,84	1,7	1,77	2,38	-	Miglioramento
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	22,87	22,83	22,99	25,51	-	Miglioramento
IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	12,22	9,19	8,08	6,79	-	Miglioramento
IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,41	9,13	9,2	4,0	-	Miglioramento
H08ZA	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	-5,46	-0,91	3,69	1,34	compres o tra -3% e 3%	Miglioramento
H08ZB	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	-9,6	-0,51	5,43	6,78	≤ 5%	Miglioramento

Per il triennio 2025-27 proseguiranno gli interventi di ottimizzazione della ridefinizione delle mission degli ospedali della rete ospedaliera aziendale. In particolare, obiettivi strategici saranno:

- ridefinizione percorsi interaziendali delle discipline di ortopedia, area emergenza, materno pediatrico, chirurgia media e bassa complessità, oculistica ecc.
- ridefinizione delle attività dei singoli stabilimenti ospedalieri evitando ridondanze e duplicazioni di linee di produzione e corretti setting di cura in funzione della casistica trattata
- completare la progettazione del Piano Direttore degli ospedali aziendali
- aggiornare i piani di emergenza di tutti gli ospedali in stretta collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e DTP nell'ottica del miglioramento continuo della sicurezza delle cure per pazienti ed operatori

B.1.1.1 Rete Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare

Nel 2024 è stata verificata l'aderenza agli standard delle Unità operative ospedaliere per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto, così come previsto dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015 e dall'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018. E' stata altresì monitorata l'applicazione dei contenuti delle DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI)", DGR 877/2021 "Linee di indirizzo regionali per la costituzione della Rete per l'Emergenza-Urgenza Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare, ai sensi della DGR N. 2040/2015" e della DGR 198/2022 "Linee di indirizzo per la rete regionale dell'Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiologica nella Regione Emilia-Romagna".

L'organizzazione della rete Cardiologica si è progressivamente consolidata come una strategia per migliorare la qualità delle cure e ottimizzare la gestione ospedaliera e territoriale, soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza. La Rete, tra le altre cose, garantisce l'integrazione professionale, individua le priorità da trattare, le responsabilità, gli obiettivi e le modalità organizzative.

Di seguito si riportano due indicatori della rete per l'emergenza-urgenza cardiologica e chirurgica cardio-vascolare. I dati nel 2024 si sono attestati per il primo anno oltre il target, indicando un miglioramento del funzionamento della rete nel suo complesso, suggerito anche dall'andamento incrementale di entrambi gli indicatori nei tre anni considerati. La crescente attenzione regionale e aziendale sulla rete Cardiologica, testimoniata anche dal rinnovamento del coordinamento regionale, unita alla sempre crescente esperienza di tutti i professionisti in campo, ha portato e sta continuando a portare un potenziamento del sistema di presa in carico efficiente su tutto il territorio dei pazienti con problematiche cardiologiche tempo-dipendenti.

Per il triennio 2025-27 verrà mantenuto l'attuale assetto delle tre Cardiologie Aziendali con la propria mission al fine di garantire copertura clinico-assistenziale su tutto il territorio potenziando la presa in carico ambulatoriale e progetto innovativi di telecardiologia.

COD_IND	INDICATORI CORE AREA OSPEDALIERA	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND0947	% Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	62,66	64,29	71,49	≥ 70%	Mantenimento
IND1014	% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro ≤ 90 min	58,06	62,63	68,37	≥ 65%	Mantenimento

B.1.1.2 Rete delle Malattie Rare

I Centri di Prevenzione, Diagnosi e Cura afferenti all'Azienda curano un totale di 140 malattie o gruppi di malattie, e sono:

- UO Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, centro hub di secondo livello della Rete Reumatologica Metropolitana
- UO di Neonatologia che collabora con l'ambulatorio Malattie Rare Pediatriche del Policlinico Sant'Orsola Malpighi (Centro Hub) e l'Ambulatorio di Malattie Rare Scheletriche dell'IOR
- Il Centro per il trattamento delle patologie corneali e vitreoretiniche rare, presso la UOC Oculistica dell'Ospedale Maggiore
- Il Centro per lo studio delle malattie endocrine rare che fa capo alla UO Endocrinologia
- UO Rete Chirurgia del Volto e Odontoiatria
- IRCCS-ISNB: Dal 2021 è stato consolidato il modello che vede l'IRCCS-ISNB come Unico Centro Certificatore: tutto il personale medico coinvolto nel percorso di un paziente con malattia rare, indipendentemente dall'UO di afferenza, è stato abilitato a rilasciare certificazioni.

Nel corso del 2024 è stata aggiornata la rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare: l'Azienda è stata coinvolta nel processo di rivalutazione della propria rete di centri clinici, finalizzato

a una maggiore centralizzazione, nel rispetto e nella valorizzazione delle competenze specialistiche esistenti.

L'Azienda garantisce ai pazienti un accesso diretto per la conferma diagnostica entro tempi compatibili con la potenziale evolutività della patologia e, successivamente alla conferma diagnostica, la presa in carico multidisciplinare, favorendo la funzionalità delle reti interaziendali anche mediante la messa a disposizione degli specialisti coinvolti. I centri pongono particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolte al paziente e ai familiari, mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati. È garantita una modalità di presa in carico efficace per i pazienti con malattie rare, predisponendo anche percorsi adeguati di telemedicina.

È attiva una specifica convenzione con l'IRCCS AOU di Bologna (UO di Genetica Medica) al fine di garantire il Counselling genetico.

È previsto e garantito il supporto psicologico per i pazienti afferenti ai centri attraverso gli psicologi dell'IRCCS ISNB, dell'UOC Psicologia Clinica Ospedaliera del Presidio e dell'UOC Psicologia Territoriale.

Sono individuati percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta. Per alcune patologie i percorsi sono codificati all'interno di specifici PDTA aziendali.

Come documento di riferimento per la stesura della programmazione delle attività relative al triennio si fa riferimento al Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026.

Le azioni in programma per il triennio 2025-2027:

- Assicurare l'accesso e l'erogazione di consulenza genetica di alta qualità, riconosciuta come strumento fondamentale per promuovere la prevenzione efficace delle malattie rare attraverso una diagnosi precoce e una gestione personalizzata del rischio genetico. In particolare, continuerà l'adeguamento dei percorsi diagnostici aziendali, assistenziali e di consulenza genetica iniziato nel 2024, con l'ampliamento del numero di patologie rilevabili tramite screening neonatale.
- Promuovere una presa in carico integrata del paziente con malattia rara, potenziando e migliorando i percorsi interaziendali attraverso una collaborazione strutturata tra le diverse realtà sanitarie.
- Promuovere la realizzazione di percorsi condivisi per l'accesso all'esenzione e all'assistenza farmaceutica attraverso una Procedura interaziendale Azienda USL - Azienda ospedaliera.
- Aggiornare costantemente l'elenco delle malattie rare certificabili, in stretta sinergia con il Coordinamento Regionale, al fine di ampliare le possibilità di accesso e di presa in carico specialistica, garantendo così un'assistenza più tempestiva, personalizzata ed efficace. Il dialogo tra l'Azienda USL e la Regione è continuo e costante: questo confronto rende la rete delle malattie rare dinamica, e capace di raccogliere i bisogni assistenziali della popolazione.
- Partecipazione ai tavoli regionali per l'aggiornamento dei Percorsi regionali dedicati a singole patologie. L'Azienda USL di Bologna è componente delle Reti Assistenziali Regionali dedicate a singole patologie, tra cui Neurofibromatosi tipo I, Malattie Rare Scheletriche, Sindrome di Marfan, la Rete per le Distrofie Retiniche Ereditarie e la Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna. Gli specialisti saranno coinvolti nell'aggiornamento dei relativi percorsi assistenziali promosso dal Coordinamento regionale.

B.1.1.3 Rete Oncologica e Oncoematologica

Con DGR n. 2316/2022 è stata istituita la Rete Oncologica ed Oncoematologica della Regione Emilia-Romagna, caratterizzata da un modello organizzativo più rispondente alle realtà assistenziali presenti in Regione, ai nuovi bisogni di cura e alle progressive evoluzioni di epidemiologia, clinica e ricerca, nonché alla normativa nazionale.

Nel 2025, l'Azienda dovrà procedere, di concerto con le altre Aziende dell'area metropolitana coinvolte, nel disegnare, validare ed implementare l'assetto organizzativo rispondente alle indicazioni contenute nella DGR sopra citata in linea con il modello dei *Comprehensive Cancer Care Network*.

Il piano di costituzione delle reti provinciali (Oncologica ed Oncoematologica) e del Dipartimento Oncologico dell'area metropolitana di Bologna è coordinato da un gruppo di lavoro che coinvolge tutte le aziende sanitarie e ospedaliere nonché gli IRCCS della provincia di Bologna.

L'assetto del dipartimento, concepito come Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) con Azienda capofila IRCCS AOU Bologna prevede tre Aree (diagnostica, chirurgica, medica) entro cui saranno distribuite le diverse unità operative di produzione.

Il modello di rete, invece, prevede anzitutto due reti distinte, una oncologica ed una ematologica; la prima è suddivisa a sua volta in aree di programma che aggregano percorsi di patologia affini.

Per far convivere l'assetto gestionale dei dipartimenti con l'assetto funzionale di integrazione orizzontale delle reti, il progetto ha previsto tre possibili scenari:

- una rete con articolazioni organizzative gestionali che negozia con il DAI gli assetti produttivi e la gestione delle liste d'attesa;
- un DAI oncologico gestionale con la rete che funge da coordinamento di clinical governance;
- un ibrido sperimentale fra i due modelli sopra citati, dove le articolazioni organizzative hanno solo funzioni di clinical governance ad eccezione di alcuni ambiti dove assumono funzioni anche gestionali.

Inoltre, in linea con le disposizioni di AGENAS sul monitoraggio delle attività delle Reti Oncologiche Regionali, l'Azienda intende proseguire nella organizzazione degli asset produttivi della rete per concentrare le attività chirurgiche per tumore maligno nelle UO con adeguati volumi di attività e specifiche competenze e, più in generale, a lavorare per raggiungere i target dei seguenti indicatori.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato atteso Triennio 2025-2027
IND1177	Indice di bacino: percentuale di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere di chemioterapia (CT) e radioterapia (RT) erogate ai pazienti entro i 60 min dal luogo di residenza				≥ 95%	
IND1044	Tumore maligno del colon: % di interventi in reparti sopra soglia (50)		67,3	78,0	≥ 80%	Miglioramento
IND1206	Tumore maligno del pancreas: % di interventi in reparti sopra soglia (30)				≥ 80%	
IND1178	Tumore maligno dello stomaco: % di interventi in reparti sopra soglia (20)				≥ 70%	
IND1179	Rispetto della rete dei Centri di II° livello del tumore maligno ovarico: interventi eseguiti fuori dalla rete				0/anno	

Per quanto riguarda l'oncologia territoriale di prossimità, l'Azienda nel corso del 2025 ha avviato una sperimentazione nell'ambito della Casa della Comunità delle Terre d'Acqua a Crevalcore al fine di garantire prossimità agli utenti del territorio, affetti da alcune patologie oncologiche che richiedono trattamenti a bassa complessità. Nel corso del triennio 2025-2027 tale attività sarà estesa agli altri ambiti territoriali.

B.1.1.4 Rete chirurgica aziendale

Sulla base delle fondamenta gettate nel 2024, con l'avvio del monitoraggio sistematico e dei primi percorsi di *desetting*, l'Azienda si appresta a compiere un passo evolutivo decisivo nel prossimo triennio. La visione strategica per il periodo 2025-2027 impone di superare la frammentazione delle singole strutture per costruire una rete chirurgica aziendale autenticamente integrata, efficiente e orientata al valore. Le seguenti linee operative, che riprendono quanto descritto nel capitolo "A.1.1 Governo delle liste di attesa", descrivono il percorso di trasformazione che, partendo dalle esperienze positive, renderà questo modello una realtà consolidata, capace di offrire i migliori esiti clinici in un quadro di sostenibilità economica e organizzativa.

Il pilastro fondamentale della strategia sarà il miglioramento del modello a rete basato sulla logica Hub & Spoke e sul potenziamento delle *focused factories*. Gli ospedali come il Maggiore, il Bellaria o l'Ospedale di Bentivoglio saranno consolidati nel loro ruolo di Hub per la chirurgia ad alta complessità, in particolare quella oncologica e robotica, dove la concentrazione dei volumi è direttamente correlata al miglioramento degli esiti. Parallelamente, i presidi territoriali come San Giovanni in Persiceto diventeranno gli Spoke di riferimento per la chirurgia elettiva a bassa e media complessità e per le attività ambulatoriali, liberando risorse preziose negli Hub.

Questo modello non si limiterà a una semplice riallocazione delle attività, ma sarà animato da équipes chirurgiche e anestesologiche trasversali. Professionisti e team opereranno in modo flessibile su più presidi, garantendo una diffusione capillare delle competenze, un bilanciamento dei carichi di lavoro e una risposta unitaria e tempestiva ai bisogni dei pazienti, superando definitivamente le barriere tra le singole Unità Operative.

L'esperienza positiva del *desetting* chirurgico avviata nel 2024 verrà sistematizzata e ampliata. A partire dal completamento dei progetti per Urologia e Chirurgia Vascolare, verrà condotta una revisione organica dei percorsi di tutte le discipline per definire un catalogo aziendale di procedure a bassa complessità da erogare in regime ambulatoriale o di *day surgery* presso le strutture Spoke. Questa strategia permetterà il migliore e più appropriato setting di cura, migliorando l'esperienza del paziente e ottimizzando l'utilizzo delle risorse.

Contestualmente, verrà promossa l'adozione su scala aziendale dei protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery); standardizzando le fasi pre- e post-operatorie, si punterà a ridurre la durata delle degenze, minimizzare le complicanze e accelerare il recupero dei pazienti, concretizzando il principio della ricerca del "maggior valore possibile" nel percorso chirurgico.

Per guidare questa complessa trasformazione, l'importante sistema di monitoraggio e analisi introdotto dalla Direzione Medica di Presidio continuerà ad evolversi per diventare sempre di più un robusto strumento di governo clinico. Le *dashboard* di performance forniranno in tempo reale una visione d'insieme su indicatori chiave, dai volumi di attività ai tempi di attesa. Le riunioni periodiche di confronto, i Board Chirurgici attivi ad oggi presso l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria, potranno essere estesi a tutti i nodi della rete, promuovendo una cultura della trasparenza, dell'apprendimento reciproco e del miglioramento continuo.

Infine, la chirurgia robotica sarà gestita come una risorsa strategica aziendale e interaziendale. Saranno introdotti sistemi di monitoraggio specifici per massimizzarne l'efficienza, garantire l'appropriatezza e ridurre le liste d'attesa. A tal proposito, dovranno essere definiti accordi di collaborazione con altre Aziende Sanitarie nell'ottica di garantire un utilizzo ottimale delle piattaforme robotiche in linea con le recenti indicazioni regionali (DGR 639/2025).

B.1.1.5 Concentrazione piattaforme (chirurgica, NGS, farmaci antiblastici, magazzini farmaceutici, sangue, ecc...)

Nel corso degli ultimi anni, l'Azienda USL di Bologna ha attuato un percorso strutturato di riordino dell'assistenza ospedaliera, coerente con i criteri definiti dalla normativa nazionale (DM 70/2015), dalla programmazione regionale (DGR 2040/2015) e da ulteriori indirizzi delineati anche a livello metropolitano. L'approccio adottato ha privilegiato la valorizzazione delle competenze professionali attraverso la definizione di ambiti prioritari (ortopedico, oncologico, cardio-toracico-vascolare, diagnostico, emergenza-urgenza, percorso nascita, patologie croniche e infettive), l'appropriatezza e l'uso ottimale delle risorse.

Nel 2024 sono state consolidate alcune azioni chiave:

- è proseguito il processo di ridefinizione delle mission degli ospedali della rete aziendale;
- sono stati realizzati interventi di potenziamento tecnologico e infrastrutturale presso l'Ospedale Maggiore (nuova sala angiografica per pazienti stroke, seconda RMN, sostituzione TC in PS) e l'Ospedale Bellaria (avvio lavori per la nuova degenza di cardiologia, pneumologia e centro per le patologie neuromuscolari);
- è stato riorganizzato il lay-out delle degenze per favorire l'omogeneità per intensità di cura, ottimizzando i flussi assistenziali e l'impiego delle risorse professionali;
- è stato avviato il modello dei "focus hospital", con concentrazione di linee chirurgiche in presidi dedicati: il blocco operatorio di Bazzano destinato alla chirurgia oftalmica, il presidio di San Giovanni in Persiceto riorientato verso attività chirurgiche ambulatoriali, e in progettazione ulteriori riconversioni (urologia, chirurgia vascolare).

Nel medesimo periodo, è proseguita l'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 2316/2022, con la costituzione della Rete Oncologica ed Emato-Oncologica provinciale e del Dipartimento Oncologico Metropolitano, il cui assetto sovradipartimentale è in fase di finalizzazione. In coerenza con le direttive AGENAS, si è inoltre proceduto alla concentrazione degli interventi chirurgici per tumore del colon nelle unità operative con volumi e competenze adeguati, raggiungendo un tasso di concentrazione del 78%.

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda proseguirà e amplierà il percorso di riordino secondo una logica di rete integrata, focalizzata su:

- completamento della ridefinizione delle mission ospedaliere e dei ruoli funzionali dei presidi;
- consolidamento dei modelli hub&spoke e potenziamento delle focus factory specialistiche;
- attuazione progressiva dei modelli organizzativi previsti dal DM 77/2022, anche in sinergia con la rete territoriale;
- piena attuazione della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza.

In ottemperanza alla programmazione regionale, sarà inoltre garantita la concentrazione delle attività sanitarie e tecnico-logistiche in piattaforme dedicate interaziendali (chirurgia, diagnostica molecolare NGS (Next Generation Sequencing), farmaci antiblastici, magazzini farmaceutici, gestione del sangue, ecc.), con l'obiettivo di favorire qualità, appropriatezza e sostenibilità.

In particolare, è già stata realizzata la concentrazione dell'attività di diagnostica molecolare NGS con l'IRCCS AOU di Bologna, all'interno del Dipartimento unico interaziendale di Anatomia Patologica; mentre è in corso di definizione la concentrazione in un'unica sede della centrale di allestimento antiblastici, oggi parte integrante del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI) Azienda USL-IRCCS, a supporto di una governance unificata e di una maggiore efficienza organizzativa.

B.1.2 Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

Il DSP dell'Azienda USL di Bologna, in linea con le indicazioni regionali, ha redatto anche per il 2024 il profilo di salute della comunità, strumento strategico per pianificare azioni preventive e promozionali. Il documento, basato su competenze epidemiologiche, è stato condiviso con la Direzione strategica, i Distretti, le strutture aziendali e gli amministratori locali, e ne è prevista la produzione annuale anche negli anni futuri.

La prevenzione si articola su tre ambiti principali: promozione della salute, prevenzione nei contesti di vita (umana e animale) e sicurezza sul lavoro. L'efficacia degli interventi dipende dall'integrazione sinergica tra ospedale e territorio. In quest'ottica, il DSP ha rafforzato la collaborazione con i dipartimenti clinici metropolitani, sia per la gestione della prevenzione primaria e terziaria nelle cronicità, sia per l'attivazione di percorsi opportunistici di profilassi.

Nel triennio 2025-2027, sulla base di quanto indicato dal DM 77/2022, sarà necessaria una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in tema di sanità pubblica, per realizzare e sostenere gli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, continuando lo sviluppo dei processi di empowerment individuale e di comunità in coerenza anche con la Legge 19/2018 sulla promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria. Con la realizzazione delle nuove Case della Comunità il DSP sarà inoltre impegnato a contribuire:

- all'ampliamento dell'offerta vaccinale
- all'attivazione di ambulatori di medicina del lavoro
- all'organizzazione di punti di ascolto per la coprogettazione con altri enti ed il terzo settore di interventi di promozione della salute

B.1.2.1 Promozione della Salute

La realizzazione delle Case della Comunità rappresenta un'importante opportunità per organizzare percorsi di promozione della salute vicini ai cittadini e rispondenti alle specifiche esigenze sanitarie del territorio. Il DSP opera in sinergia con la Direzione Distrettuale, il Dipartimento di Cure Primarie e tutti i Dipartimenti di produzione, per pianificare e avviare interventi di promozione della salute finalizzati a sviluppare consapevolezza, competenze e capacità di scelta responsabile nelle diverse comunità locali. La scelta degli ambiti di intervento avviene in base all'analisi di specifici profili di comunità, redatti in collaborazione con i soggetti istituzionali coinvolti e con le componenti attive della comunità stessa.

Nel triennio 2025-2027, il Dipartimento, in conformità con le indicazioni regionali, si impegnerà a promuovere la diffusione della tecnica del colloquio motivazionale breve tra i diversi operatori delle Case della Comunità, al fine di favorire il cambiamento di abitudini di vita dannose per la salute. Parallelamente, è in corso uno studio scientifico volto a valutare l'efficacia del colloquio motivazionale breve come strumento di supporto per l'adozione di stili di vita salutari.

Come indicato dal Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, i percorsi di promozione della salute devono essere pianificati e sostenuti in diversi contesti, coinvolgendo la comunità nel suo complesso, nonché gli ambiti scolastico e lavorativo. In questa prospettiva, nel triennio 2025-2027 proseguiranno, all'interno della comunità generale, le iniziative legate al movimento "Datti una mossa!" e le attività degli "Ambasciatori di Salute", quest'ultime realizzate nel contesto scolastico delle "Scuole che promuovono salute". Continuerà l'azione di coordinamento delle attività di promozione della salute tra le istituzioni locali, tramite il Tavolo della Promozione della Salute, istituito con la partecipazione del Comune di Bologna, dell'AOU Sant'Orsola, dell'Università di Bologna e dell'Ufficio Scolastico Provinciale. Tale esperienza si sta progressivamente estendendo all'intero territorio metropolitano, in conformità con quanto previsto dalla Legge Regionale n. 19 del 2018. Sono stati già avviati percorsi di coprogettazione con il terzo settore e gli istituti scolastici, dopo formale selezione attraverso bandi pubblici. Allo stesso tempo sono attivi Community Lab distrettuali, strumenti di programmazione locale partecipata nei settori sociale, sociosanitario e sanitario, finalizzati allo sviluppo di iniziative per il benessere sociale e la promozione della salute.

Le attività di informazione e comunicazione del rischio rappresentano uno degli aspetti fondamentali della prevenzione e sono previste secondo quanto indicato dagli attuali Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A tale riguardo, particolare attenzione sarà dedicata a queste attività, anche attraverso l'individuazione di spazi specifici per la comunicazione e la promozione della salute, all'interno delle Case della Comunità nonché in strutture pubbliche e private convenzionate. Un esempio concreto di tale impegno è rappresentato dalla convenzione, in vigore fino alla fine del 2026, con il Comune di San Lazzaro di Savena, che ha previsto l'utilizzo delle Officine San Lab come luogo dedicato a tali finalità. Le Officine saranno dotate di attrezzature finalizzate a migliorare e potenziare la comunicazione con la cittadinanza.

B.1.2.2 Prevenzione

Le principali attività di prevenzione sono delineate nei Piani Nazionale e Regionale della Prevenzione (rispettivamente PNP 2020-2025 e PRP 2021-2025). Il PRP è articolato in dieci programmi predefiniti descritti nel PNP, a cui si aggiungono dieci programmi liberi introdotti a livello regionale, per sviluppare in modo completo gli obiettivi del PNP. Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, l'Azienda ha assicurato un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate.

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda provvederà a presidiare la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al DSP, al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e il controllo a tutela della collettività, che in alcuni casi, come per le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'immediata attivazione dei comuni per le misure di loro competenza. Inoltre, si manterrà il rafforzamento dell'attività di sorveglianza a supporto di piani di eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite, così come sarà assicurato l'invio, dove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica.

L'Azienda ha revisionato e aggiornato, ove necessario, le azioni relative all'applicazione locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale (PANFLU), in conformità con le disposizioni del Piano regionale della Regione Emilia-Romagna e del Piano nazionale PAN-FLU 2021-2023, garantendo le scorte di dispositivi di protezione individuale (DPI), le dotazioni di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei laboratori di riferimento specificamente individuati. Nel corso del 2024 sono state realizzate iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari ed un'esercitazione, come previsto dal Piano. Ulteriori esercitazioni sono

programmate per il triennio 2025-2027. L'Azienda ha rafforzato e manterrà, secondo le linee regionali, la sorveglianza InFluNet&RespiVirNet, promuovendo ed ampliando, ove possibile, la partecipazione dei medici sentinella sul territorio. Allo stesso tempo verranno sostenute le attività previste dalla sorveglianza virologica, quali in particolare l'esecuzione e il trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale.

Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive, si continuerà a monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI, al fine di perseguire un miglioramento costante. Come nel passato, verranno promossi ed attuati interventi educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali.

Con il contributo della rete dei laboratori è migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB): in ciascun ambito provinciale o sovra-provinciale viene garantita la disponibilità di accertamenti di biologia molecolare, da considerarsi come prima scelta diagnostica allorché si abbia il sospetto di una MIB da meningococco, anche al fine di consentire l'adozione delle appropriate misure profilattiche nel più breve tempo possibile.

Si continuerà a garantire un approccio multidisciplinare nell'affrontare e migliorare il processo di valutazione del rischio legionella, mantenendo nei gruppi di lavoro attivati la presenza dei professionisti necessari a valutare il problema nella sua complessità. Particolare attenzione verrà posta nelle strutture sociosanitarie che accolgono persone fragili, organizzando attività di vigilanza e di formazione orientata.

In applicazione delle indicazioni regionali è attivo il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili, tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione al DSP competente da parte dei clinici di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

In linea con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-25), l'offerta vaccinale dell'Azienda è ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute.

Nel periodo 2025-2027 l'Azienda si impegnerà a:

- mantenere attiva l'offerta vaccinale anche per i soggetti che non hanno aderito all'invito nei tempi previsti;
- continuare l'offerta della vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base alle indicazioni ministeriali, all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccina di nuova generazione;
- garantire almeno il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione esavalente (difterite-tetano-pertosse-polio-emofilo-epatite B) e per la vaccinazione trivalente (morbillo-parotite-rosolia);
- garantire l'andamento crescente percentuale delle coperture per le vaccinazioni raccomandate ed eventualmente adottare piani di recupero;
- perseguire il miglioramento dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- perseguire il miglioramento delle coperture vaccinali per influenza negli over sessantacinquenni, pneumococco e herpes zoster per la coorte dei sessantacinquenni (come previsto dal PNPV) agendo su attività ambulatoriali più prossime alle strutture residenziali sociosanitarie, sulla collaborazione di MMG e su percorsi ospedalieri o territoriali ad hoc quali ambulatori vaccinali in ospedale ovvero campagne vaccinali di prossimità;
- implementare i percorsi d'accesso per garantire il mantenimento delle offerte attive e gratuite relativamente alla vaccinazione HPV;

- definire e implementare modelli organizzativi di rete atti al rafforzamento dell'offerta vaccinale alle persone con patologie croniche;
- garantire l'attuazione del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- garantire il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time (AVR-RT) per alimentare l'Anagrafe Vaccinale Nazionale;
- pianificare ed intensificare interventi di profilassi in strutture sociosanitarie che ospitano soggetti fragili, sia attraverso specifici accordi con gli MMG, sia con interventi diretti da parte di personale del DSP, sia coinvolgendo i gestori delle strutture affinché con il proprio personale possano agire in tal senso.

Una particolare attenzione verrà posta sul fenomeno dell'esitanza all'adesione della pratica vaccinale. Per far fronte a questa situazione, il DSP ha avviato la pianificazione di un intervento mirato di sensibilizzazione, che prevede: invito attivo tramite FSE, organizzazione di open day, coinvolgimento di altri professionisti sanitari e ulteriori strategie comunicative orientate al miglioramento dell'adesione.

Tra le azioni di prevenzione che si intendono realizzare nel periodo 2025-2027 si sottolinea quella orientata nei confronti delle strutture sociosanitarie e socioassistenziali per anziani e disabili. In particolare, è stata istituita una nuova struttura semplice dipartimentale (SSD) denominata "Prevenzione del rischio nelle strutture sociosanitarie del territorio" che avrà il compito di coordinare le azioni di promozione della salute, di vigilanza e di profilassi in queste strutture, specie in quelle non accreditate. La stessa SSD ha il compito di coordinare le attività della commissione locale di autorizzazione al funzionamento delle strutture ex delibera regionale 564/2000 e modificata dalla delibera 1423/2015.

L'Azienda USL di Bologna ha definito, all'interno del DSP nel Programma "Ambiente e Salute", due nodi della rete che si occupano in ottica One Health, delle tematiche a maggior impatto ambientale e climatico: un nodo orientato ad approfondimenti sulla comunicazione del rischio e sulla formazione, l'altro con l'obiettivo di sviluppare strumenti di valutazione di impatto ambientale. Nel triennio 2025-2027, il Programma garantirà l'organizzazione dell'annuale congresso "Ambiente, Salute e Cambiamenti Climatici: prospettiva 2030", in linea con il progetto europeo che vede il Comune di Bologna impegnato a raggiungere la neutralità climatica entro il 2030, anticipando l'obiettivo fissato dall'Unione Europea. Inoltre si impegnerà nel coordinamento delle attività di analisi delle condizioni del microclima indoor, nello sviluppo di valutazioni di impatto sanitario, nello studio delle acque reflue, in convenzione con ARPAE, per la valutazione della distribuzione di agenti infettivi e dell'antibioticoresistenza, nel coordinamento degli interventi dell'Azienda orientati alla sostenibilità ambientale, come da accordi con il comune di Bologna, nel supporto alle attività di contrasto della diffusione delle malattie infettive trasmesse da vettori, nella collaborazione con l'autorità competente per la sicurezza chimica. Come da DGR 183/2023 il DSP, nel triennio in questione sarà coinvolto infine nell'organizzazione locale del nuovo Servizio "Clima e Salute", che prevede un coordinamento in rete del DSP con l'Istituto Zooprofilattico, l'ARPAE e i laboratori locali di tossicologia, microbiologia e virologia. In particolare, presso l'Azienda USL di Bologna sarà attivato un servizio hub regionale dedicato al tema "Clima e Salute", che si coordinerà con le iniziative del Comune di Bologna, impegnato a diventare città carbon neutral entro il 2030, nonché con le attività di ricerca in materia condotte dall'Università di Bologna. Il DSP svolgerà il ruolo di coordinamento del centro di riferimento per il clima, con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di un sistema di sorveglianza regionale degli effetti sulla salute di eventi climatici estremi.

Relativamente ai tre programmi di screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, l'Azienda USL di Bologna attua numerose azioni di miglioramento volte all'incremento dei livelli di copertura raccomandati nella popolazione target. Le azioni trasversali ai tre programmi che continueranno ad essere implementate sono: utilizzo di SMS reminder, sollecito per i cittadini invitati che dopo 6 mesi non aderiscono all'invito, chiamate attive per raggiungere le persone non aderenti, al fine di aumentare la partecipazione. Sono inoltre promosse azioni di informazione e formazione della popolazione target e di gruppi specifici di popolazione, attraverso materiali divulgativi, lettere di invito e istruzioni tradotti in diverse lingue.

Tali attività continueranno nei prossimi anni e verranno affiancate da azioni mirate su popolazioni fragili.

I tre programmi di screening oncologici saranno oggetto di approfondimenti attraverso l'Health Equity Audit, indagini di qualità percepita da parte dell'utenza, indagini sulle barriere e motivazioni sulla non adesione, al fine di individuare azioni di miglioramento sulla personalizzazione e targetizzazione dell'utenza. A tal fine, l'UOC Governo dei Percorsi di Screening, responsabile anche della medicina di genere, svilupperà azioni di equità rivolte a particolari gruppi di popolazione che al momento trovano difficoltà ad accedere ai servizi di prevenzione.

La sperimentazione di nuove modalità di accesso ed esecuzione delle indagini per quanto riguarda lo screening del colon retto e lo screening della cervice uterina contribuirà a consolidare i risultati ottenuti sull'adesione e a prevederne un miglioramento.

Per quanto riguarda lo screening del tumore della cervice uterina è stata ampliata l'offerta del test HPV autoprelievo e sono state svolte indagini di qualità percepita sulla base della quale sono state effettuate, in collaborazione con le associazioni delle farmacie, azioni di miglioramento. Rispetto a questo programma di screening, l'impegno si concentrerà nell'organizzare un servizio che riesca a rispondere maggiormente alle esigenze delle donne, in modo da agevolare la loro partecipazione.

Lo sviluppo di attività di ricerca in collaborazione con altre unità operative e altri centri, permetterà inoltre di aumentare le competenze degli operatori su questo tema.

Per lo screening del tumore del colon-retto sono state avviate tutte le azioni di programmazione utili all'attuazione della richiesta regionale di estensione alla fascia 70-74 anni e sono stati inviati i primi inviti alle coorti di nascita individuate. A partire da novembre 2024, è stato realizzato il progetto di distribuzione della preparazione intestinale presso le farmacie aderenti per facilitare la prossimità e favorire l'adesione alla colonscopia di 2° livello. Lo sforzo maggiore sarà rivolto a mantenere e possibilmente incrementare il tasso di adesione.

E' stata avviata l'informatizzazione del secondo livello dello screening mammografico, sia per l'Azienda Usl di Bologna che per l'IRCCS AOU di Bologna. Inoltre, sono stati attivati diversi gruppi di lavoro interaziendali sia per la revisione del PDTA tumore della mammella, sia per l'attuazione della delibera 14/2024 sul percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregresso tumore della mammella.

Continuerà l'impegno anche sullo screening dell'epatite C sulla coorte di nati tra il 1969 e il 1989, attivato dal 2022.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
P02C (exIND0171)	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini	97,24	95,92	95,87	96,49	≥ 95%	Mantenimento
P04C (exIND0175)	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi nei bambini	93,48	91,85	91,34	91,8	≥ 95%	Miglioramento
P01C (exIND0177)	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini	97,55	96,17	96,10	96,68	≥ 95%	Mantenimento
P06C (exIND0172)	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani	66,0	63,4	63,4	59,7	≥ 75%	Miglioramento
IND0761	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	70,23	69,20	71,36	72,87	≥ 70%	Mantenimento
IND0762	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	59,95	61,31	62,41	66,53	≥ 60%	Mantenimento
IND0763	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	61,63	58,01	54,86	52,78	> 50%	Miglioramento
P15CA	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per cervice uterina - NSG	53,54	54,78	53,32	74,71	≥ 50% punteggio massimo ≥ 25% punteggio sufficienza	Mantenimento
P15CB	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per mammella - NSG	63,65	62,07	70,11	73,89	≥ 60% punteggio massimo ≥ 35% punteggio sufficienza	Mantenimento
P15CC	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per colon retto - NSG	45,73	49,65	46,60	55,60	≥ 50% punteggio massimo ≥ 25% punteggio sufficienza	Miglioramento

B.1.2.3 Antimicrobicoresistenza e sicurezza alimentare

Il DSP, con le UOC Veterinarie A, B e C, partecipa attivamente alle attività aziendali e regionali per il contrasto dell'antibiotico resistenza, eseguendo sorveglianza sulle prescrizioni degli antibiotici ad uso veterinario. Questa attività si aggiunge a quanto viene svolto sul contesto ambientale dalla sorveglianza delle acque reflue, in collaborazione con ARPAE. Allo stesso tempo, attraverso l'incremento delle coperture vaccinali per malattie batteriche, il DSP, con la sua UOC Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive, mette in atto azioni di contrasto.

Rispetto alle attività di sicurezza alimentare, le UOC Veterinarie e il Servizio di Igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN) operano per perseguire gli obiettivi posti dal Piano Regionale Integrato (PRI), che contiene la programmazione regionale dei controlli e delle attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Si opererà per raggiungere i livelli LEA ministeriali ed in particolare nei confronti di un sottogruppo di "indicatori sentinella regionali", scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute. Continuerà il monitoraggio dell'indicatore relativo alle verifiche dei livelli di biosicurezza esistenti negli allevamenti suini, stratificato secondo la prevalenza dei diversi orientamenti produttivi esistenti sul territorio aziendale, in quanto legato ad attività strategiche di prevenzione della Peste Suina Africana, importante emergenza epidemica. In questo ambito il servizio veterinario deputato ha realizzato anche esercitazioni locali, per definire eventuali criticità nel sistema da adottare per il contenimento dell'epidemia.

Relativamente alla gestione integrata, in ottica *one health*, di tutte le emergenze di sanità pubblica dopo l'istituzione del coordinamento dipartimentale nell'agosto 2024, si svolgeranno nel triennio 2025-2027 momenti di formazione interna ed integrata con il sistema di protezione civile locale assieme alla organizzazione di esercitazioni congiunte. Saranno riviste le procedure dipartimentali sulle emergenze ambientali e provocate secondo anche le indicazioni della Prefettura e in coordinamento con le amministrazioni comunali.

Come indicato dalla Regione Emilia-Romagna, verranno inoltre pianificate e attuate azioni volte ad assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento agli eventi epidemici, alle emergenze ambientali a quelle di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare. In questo ambito dovranno essere sostenute le attività proprie delle autorità sanitarie sulla sicurezza alimentare e sulla sicurezza chimica.

Si ricorda che sono migliorate le competenze in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari del Servizio Igiene e Sanità Pubblica e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare attraverso iniziative mirate di formazione. Nelle procedure dipartimentali di gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), è stato dato rilievo al ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo. Dovrà essere in continuo miglioramento la qualità della sorveglianza delle MTA anche alla luce dello sviluppo operativo del centro di riferimento regionale per gli Enteropatogeni, che integra la sorveglianza di laboratorio medica e veterinaria. Su questo ambito è stata formalizzata una procedura che sarà riferimento per le future attività.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
P10Z (exIND0850)	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	99,7	99,11	100	100	≥ 95%	Mantenimento
P12Z (exIND0851)	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	100	100	100	99,57	≥ 95%	Mantenimento

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
	additivi negli alimenti di origine animale e vegetale						

B.1.2.4 Sicurezza dei lavoratori

Ai fini della riduzione degli infortuni, con priorità per quelli mortali, e delle malattie lavoro correlate, è prevista un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione della UO Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro del DSP (PSAL, alla quale contribuisce in parte anche l'Unità Operativa Igiene Ambienti e Alimenti. Tale attività è rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio, quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari per la salute quali, ad esempio, il rischio cancerogeno, microclima, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico. Grande risalto va dato, anche in linea con le indicazioni regionali, alle attività di prevenzione, assistenza e vigilanza nel comparto della logistica, ove è stato sperimentato negli scorsi anni nell'area dell'Interporto, uno specifico piano mirato di prevenzione, conclusosi nel 2025, realizzato secondo i canoni previsti dal vigente PRP 2021-2025. Il settore sarà comunque di interesse prioritario anche nei prossimi anni, con particolare attenzione alla prevenzione degli effetti delle ondate di calore nei piazzali. Sempre nell'ambito del PRP, prosegue il percorso dei Piani Mirati di Prevenzione, quale attività sinergica a quella di vigilanza.

Riprendendo il tema dell'edilizia, è opportuno segnalare la costante attività di vigilanza periodica sulle lavorazioni ad alto rischio correlate alle grandi opere pubbliche (rifacimento galleria ferroviaria dell'appennino a Porretta Terme, rifacimento galleria autostradale Monte Mario a Casalecchio, interrimento ferrovia veneta, costruzione delle linee del nuovo tram a Bologna, costruzione IV corsia autostradale a San Lazzaro), opere pluriennali caratterizzate da grandissima complessità sia ingegneristica sia in merito all'igiene del lavoro.

Da sottolineare infine il costante e qualificato supporto tecnico-specialistico di Polizia Giudiziaria fornito alla Procura della Repubblica, con la redazione di numerosi rapporti giudiziari, tra cui quelli ancora in essere riguardanti gli infortuni mortale plurimi accaduti nella centrale di Suviana e alla Toyota Manual Handling.

Nel 2024 sono state realizzate sia azioni a livello regionale rivolte agli operatori della UO PSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Per garantire equità delle prestazioni sanitarie in materia di medicina del lavoro su tutto il territorio regionale, è stata implementata l'attività ambulatoriale, con l'apertura nel 2025 di un ambulatorio CUP di medicina del lavoro presso la casa di comunità Mengoli, finalizzato al riconoscimento delle patologie professionali e accompagnato dalla costruzione di una rete specialistica con le specializzazioni più frequentemente coinvolte nei percorsi di approfondimento diagnostico.

Proseguirà l'attuazione del Piano amianto regionale, garantendo l'assistenza informativa e ambulatoriale ai lavoratori ex-esposti, nonché la vigilanza nei cantieri di bonifica di materiali contenenti amianto e l'attività di rilascio delle certificazioni di restituibilità dei siti bonificati da amianto friabile.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	8,15	7,60	7,67	8,29	≥ 7,5%	Mantenimento
IND0187	% cantieri ispezionati	14	10,08	17,77	21,36	-	Miglioramento

B.2. Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario

B.2.1 Governo della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici

Da febbraio 2025 viene istituito il Board metropolitano per il governo di appropriatezza e spesa di farmaci e vaccini, diagnostici, devices e tecnologie, che si costituisce come luogo integrato di valutazione e confronto del valore dei farmaci e delle diverse tecnologie, al fine di definire usi ottimali e dosi/durate di trattamento, nonché priorità e ambiti di intervento, al fine di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci e supportare scelte di costo-opportunità basate sulle migliori evidenze disponibili.

L'integrazione delle varie competenze e risorse presenti sul territorio è fondamentale per affrontare le sfide emergenti nel campo della sanità. In questo contesto, il Board metropolitano rappresenterà per il prossimo triennio un punto di riferimento cruciale. La collaborazione tra le diverse istituzioni sanitarie, nonché la presenza di consulenti esperti, contribuiranno a ottimizzare la gestione delle risorse e a migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini. Inoltre, il Board avrà il compito di definire le priorità e gli ambiti di intervento, con l'obiettivo di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci. Questo sarà reso possibile attraverso l'analisi comparativa e la valutazione del valore delle diverse tecnologie sanitarie, comprendendo farmaci, vaccini, diagnostici e devices.

Le macroaree di intervento definite dal Board sono: cardio-pneumo-internistica, coagulazione, *antimicrobial stewardship*, diabetologia, derma-reuma-gastro-otorinolaringoiatria, oncologia-ematologia, neurologia, immunologia-infettivologia-oftalmologia, dispositivi medici e tecnologie (cardiologia, cardiocirurgia, vascolare, senologia, endoscopia digestiva, gare).

Un'efficiente *governance* dei beni sanitari di consumo richiede una sistematica revisione dell'agenda programmatica aziendale, coerente con le linee d'indirizzo regionali e volta a stimolare in ogni momento i più elevati standard di cura attraverso un accesso appropriato all'innovazione terapeutica, l'implementazione di strumenti di analisi Health Technology Assessment (HTA), maggiore convergenza fra obiettivi economici e risultati clinici.

Il perimetro d'azione entro il quale muoversi nel triennio 2025-27 continuerà a trarre massima ispirazione dai seguenti principi cardine:

- equità, qualità e sicurezza nell'accesso alle cure
- appropriatezza prescrittiva
- orientamento a percorsi multidisciplinari e multiprofessionali per la continuità H-T
- innovazione e ricerca

La presenza di centri ad alta specializzazione a Bologna, come l'IRCCS INSB, l'IRCCS AOU e IRCCS IOR, richiede un impegno strategico crescente verso le aree cliniche complesse, in cui si concentrano numerosi Hub regionali. Le principali aree coinvolte includono oncologia, neurologia, malattie rare, reumatologia, cardiologia e chirurgia specialistica. Contestualmente, si rende necessaria una revisione dei modelli organizzativi, con un maggiore coinvolgimento dei clinici ospedalieri come figure di riferimento per la medicina territoriale, in un'ottica di integrazione metropolitana.

Con tale consapevolezza proseguiranno, anche nel triennio 2025-27, azioni mirate a valorizzare l'appropriatezza prescrittiva ed un approccio *evidence based* su aree terapeutiche a prevalente vocazione territoriale ed un forte impatto economico sulla farmaceutica convenzionata.

Le azioni di governo sulla farmaceutica territoriale del prossimo triennio insisteranno su cinque diverse leve tra loro interconnesse:

- appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale (MMG e PLS);
- appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero e nella continuità Ospedale-Territorio;
- riduzione delle interazioni farmacologiche e del rischio clinico in terapia;
- promozione del buon uso del farmaco e del costo-opportunità;
- presa in carico dei pazienti in regime di erogazione diretta e distribuzione per conto.

Di seguito sono individuate le aree terapeutiche oggetto di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva:

- Biosimilari ed equivalenti: adesione alle raccomandazioni d'uso e schemi terapeutici elaborati dalla Commissione Regionale Farmaco, con uso prevalente delle molecole biosimilari e/o a miglior profilo costo-opportunità. Promozione d'uso dei farmaci equivalenti in tutti i setting di cura.
- Diabete: governo della prescrizione dei farmaci ipoglicemizzanti in linea con i contenuti della Nota AIFA 100, con azioni focalizzate sull'utilizzo delle gliflozine vs GLP-1a e GIP/GLP1a, nonché sull'introduzione dell'insulina settimanale vs basali.
- Cardiovascolare: governo della prescrizione SSN degli ipolipemizzanti orali e sottocute, in linea con Nota AIFA 13 e documenti di appropriatezza CF AVEC, con azioni focalizzate sull'utilizzo di statine di 2° livello associante/meno ezetimibe, acido bempedoico, omega 3, icosapent, iPCSK-9.
- Gastroprotezione: governo della prescrizione ospedaliera e territoriale dei farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) in linea con Note AIFA 1-48, attraverso l'adozione di strumenti informatizzati di supporto decisionale all'uso corretto dei PPI, nonché interventi di *deprescribing* in condizioni di assenza di evidenze.
- Vitamina D: governo della prescrizione di colecalciferolo e calcifediolo in linea con Nota AIFA 96, attraverso l'adozione di strumenti informatizzati di supporto decisionale all'uso corretto di vitamina D, nonché interventi di *deprescribing* in condizioni di assenza di evidenze.
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO): uso appropriato di farmaci respiratori R03 in linea con la Nota AIFA 99 e documento CF AVEC, con presa in carico dei pazienti in duplice / triplice terapia.
- Stewardship Antimicrobica: impiego razionale di antibiotici e lotta alle resistenze in ambito ospedaliero e territoriale, attraverso programmi formativi mirati sulle diverse discipline, l'applicazione buone pratiche di *infection prevention and control*, teleconsulenza infettivologica, reporting mensile.
- SNC: corretto impiego dei farmaci antidepressivi N06 e promozione delle molecole a miglior profilo costo-opportunità.
- *Medication review*: sistematizzazione del processo di ricognizione-riconciliazione terapeutica nei diversi setting di cura (dimissione, visita specialistica, CRA, domicilio, ADI), dando massima priorità alla coorte dei pazienti anziani con multi-morbilità ed in regime di polifarmacoterapia.
- Presa in carico: potenziamento dell'attività di erogazione diretta a favore dei pazienti a medio-alto livello di complessità assistenziale e di spesa farmaceutica, con priorità per i pazienti cronici con BPCO, diabete, scompenso.

Le singole aree tematiche di cui sopra potranno subire modifiche/aggiornamenti annuali, in funzione sia della continua evoluzione del panorama farmaceutico nazionale e dei suoi assetti regolatori, sia dei nuovi paradigmi organizzativi regionali/locali in materia di assistenza farmaceutica.

In particolare, per la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobico-resistenza nel prossimo triennio 2025-27 l'Azienda proseguirà con quanto già avviato e con l'implementazione di un programma di teleconsulto "meeting infettivologico" rivolto ai MMG in cui la UOC Stewardship antimicrobica effettua incontri settimanali per la discussione strutturata di casi clinici e aggiornamento sulle schede regionali per la gestione delle infezioni. La valutazione del caso clinico viene effettuata con il supporto di una scheda cartacea che prevede anche la ricognizione della terapia farmacologica utile per sostenere riconciliazione terapeutica/*deprescribing*, e valutazione delle interazioni farmacologiche.

Proseguiranno le attività di:

- formazione continua e volontaria per MMG, PLS, medici CAU, medici CRA, medici di continuità assistenziale, volta all'orientamento verso il corretto impiego degli antimicrobici per la gestione delle principali infezioni in ambito territoriale e con un inquadramento/aggiornamento sui percorsi diagnostici e terapeutici per le malattie infettive;
- monitoraggio del consumo territoriale degli antibiotici restituita al singolo MMG e PLS;
- piano formativo annuale aziendale trasversale: corso "Stewardship della polifarmacoterapia e della terapia antimicrobica"
- campagna informativa sull'antibiotico resistenza rivolta alla cittadinanza attraverso la stampa di manifesti esposti nelle sale di attesa degli studi medici di MMG e PLS, che hanno aderito alla campagna stessa, CAU, PS, punti prelievo, consultori famigliari ostetrico ginecologici.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nelle transizioni di cura, proseguiranno nel triennio 25-27: le attività di monitoraggio della prescrizione antibiotica a seguito di dimissione ospedaliera e la condivisione dei risultati nell'ambito di incontri con le specifiche UOC ad alta priorità; l'implementazione dei percorsi Aziendali-Interaziendali volti ad assicurare la continuità assistenziale per la somministrazione di terapie antibiotiche parenterali sul territorio al fine di evitare l'ospedalizzazione o prolungarne la durata, il ricorso a istituzionalizzazione o l'attivazione di accessi in day hospital.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND1012	Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	16	14	14	≥ 15 punti	Miglioramento
IND0340	Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	11,57	12,95	13,07	< 12,5	Miglioramento
IND1011	% consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (% DDD)	57,90	60,50	61,20	≥ 60%	Miglioramento
IND0793	Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die)	1,78	1,74	1,54	< 2	Mantenimento

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni*1000 bambini/anno)	642,34	828,88	861,25	< 800	Miglioramento
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici	4.221,59	4.733,13	4.783,15	<4.762,74	Mantenimento

Tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si confermano anche per il prossimo triennio 2025-27 gli obiettivi: di contenimento dei consumi modulati sulla base dei livelli osservati per ciascuna Azienda sanitaria, di uso prevalente delle formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse a minor costo rispetto alla soluzione monodose, al fine di raggiungere i target medi regionali anche attraverso interventi di appropriatezza correlabili al corretto uso della vitamina D, negli scenari previsti da Nota AIFA 96.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND922	Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05	157,44	142,43	135,43	≤ 107 DDD/1000 ab die	Miglioramento
IND1082	Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05	64,76	67,75	71,18	≥ 80%	Miglioramento

Proseguirà nel 2025-27 l'attenzione su un contenimento dei consumi per PPI e Omega-3 al fine di consolidare i risultati raggiunti.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND0695	Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti – ATC A02BC	61,45	62,14	61,87	61,87	Mantenimento
IND0794	Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06	5,86	4,52	4,32	4,32	Mantenimento

Per i farmaci PPI sono previsti incontri formativi con le UO fuori target per la rivalutazione prescrittiva da parte degli specialisti aree cardiologia, medicina interna, endocrinologia, nefrologia, geriatria, neurologia, malattie infettive, chirurgia nei setting della dimissione/visita ambulatoriale, rilascio di reportistica individuale MMG su Note AIFA 1-48, incontri formativi con le AFT fuori target e l'attivazione di un percorso fast di teleconsulenza internistica a favore della medicina generale per il supporto decisionale all'avvio di nuovi trattamenti /deprescribing di terapie già in atto valutate non più appropriate.

Per i farmaci Omega-3 proseguiranno:

- incontri formativi con le UO fuori target e la rivalutazione prescrittiva da parte degli specialisti aree cardiologia, medicina interna, endocrinologia, nefrologia, malattie infettive nei setting della dimissione/visita ambulatoriale
- incontri formativi con le AFT fuori target, l'attivazione del percorso fast di teleconsulenza cardiologica a favore della medicina generale per il supporto decisionale all'avvio di nuovi trattamenti/deprescribing di terapie già in atto valutate non più appropriate.

Nell'ambito della classe terapeutica dei farmaci antidepressivi verrà portata avanti e rafforzata l'azione di sensibilizzazione sul trattamento a miglior profilo costo-opportunità a favore della popolazione assistita anche attraverso la diffusione di una campagna informativa interaziendale, rivolta in primis a specialisti psichiatri e agli MMG.

Nel prossimo triennio 2025-27 proseguirà l'impegno specifico dell'azienda sui seguenti temi:

- dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche
- Polifarmacoterapia e medication review;
- sicurezza nell'uso dei farmaci, implementando le linee guida/raccomandazioni regionali e nazionali in materia, e in particolare i documenti: "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica. Ottobre 2022"; "Gestione dei farmaci al domicilio. Maggio 2024" - DGR n. 1472/2024.
- Promozione dell'*empowerment* e *l'ability to cope* della cittadinanza attraverso la promozione di attività atte a favorire il raggiungimento di una maggiore consapevolezza da parte dei pazienti e/o caregiver sull'importanza e sul ruolo delle terapie farmacologiche prescritte.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND1075	% di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	8,47%	8,74%	9,06%	<9,06%	Miglioramento

Inoltre, sui temi della gestione sicura e corretta dei medicinali nei diversi setting assistenziali (H, T, CRA) saranno implementate attività formative rivolte agli operatori sanitari aziendali sui temi della polifarmacoterapia, ricognizione-riconciliazione, deprescribing, corretto utilizzo della cartella clinica elettronica.

Governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda i farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera, proseguiranno nel prossimo triennio 2025-27 azioni e obiettivi di seguito rappresentati.

L'Azienda aderirà ai risultati di gara, con accesso rapido alle nuove introduzioni terapeutiche con miglior profilo costo-opportunità per il SSR.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici ospedalieri l'Azienda continuerà a promuovere un approccio terapeutico personalizzato, secondo le più recenti evidenze scientifiche; un monitoraggio dei consumi da condividere con i prescrittori, per un'attenta valutazione delle indicazioni di trattamento per le infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono

compresi nella lista di farmaci “watch” e “reserve” della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione.²

Tenuto conto della disponibilità in nota AIFA 100 della nuova classe degli agonisti recettoriali del GIP e del GLP-1, il gruppo di lavoro regionale multidisciplinare sui farmaci per il diabete conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti che associano a metformina un secondo ipoglicemizzante fra SGLT2 inibitore, GLP1 RA, GIP/GLP1 RA. Proseguirà l'impegno specifico per orientare laddove possibile le prescrizioni a pazienti naïve e gli switch a favore di una glifozina da sola e associata vs GLP-1 agonisti e neo-ingresso in PTR dei GLP-1/GIP agonisti (tirzepatide).

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND1206	% di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1° o un'agonista recettoriale del GIP e del GLP-1	72,95	≥ 70%	Mantenimento

Nell'ambito dei farmaci cardiovascolari per il trattamento della TVP/EP si sottolinea l'importanza dell'ottimizzazione della terapia, con particolare riferimento alla durata del trattamento. Nel rispetto delle specificità cliniche dei singoli pazienti, è stata prodotta una raccomandazione interaziendale per favorire l'utilizzo prevalente delle molecole a brevetto scaduto (dabigatran, rivaroxaban) sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in caso di switch da altro DOAC. Pertanto, l'Azienda continuerà a privilegiare la scelta dei farmaci cardiovascolari con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	TARGET
IND1180	% di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità (secondo semestre dell'anno)	≥ 70%

Proseguirà la campagna di sensibilizzazione nei confronti dei clinici principali prescrittori (cardiologi, internisti, geriatri, medici medicina generale) per un corretto uso dell'Acido Bempedoico.

Continuerà nel 2025-27 l'impegno specifico dell'Azienda sul tema dei farmaci oculistici biologici intravitreali. In merito ai Farmaci intravitreali anti VEGF nel rispetto della Nota AIFA 98, si raccomanda per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa. Nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
	Per le indicazioni comprese in Nota AIFA98 e nel rispetto delle sovrapposizioni terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti	100	100	100	≥85%	Mantenimento

² Antibiotici “watch” con Scheda di prescrizione AIFA: delafloxacin.

Antibiotici “reserve” con Scheda di prescrizione AIFA ed eventuali aggiornamenti in corso di anno: cefiderocol, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, dalbavancina, imipenem/cilastatina/relebactam, meropenem/vaborbactam, oritavancina

Per quanto riguarda i Farmaci oncologici e oncoematologici, viene garantita anche per il triennio 2025-27 l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e approvate dalla Commissione regionale del farmaco.

Proseguirà, l'impegno specifico dell'Azienda sul tema farmaci oncologici e costo-opportunità, di concerto con Il Dipartimento Oncologico Interaziendale. Rispetto al tema del fine vita, sempre nell'ambito delle iniziative del Board metropolitano verrà potenziata la collaborazione fra UO Cure Palliative e Dipartimenti Oncologico, al fine di migliorare la performance in termini di esito e processi correlati all'indicatore IND1004 e più in generale al governo d'uso dei farmaci oncologici nel fine vita.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
Impiego atteso della nuova formulazione sottocute						
IND1009	% pazienti Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante		0%	6,9%	≤20%	Mantenimento
IND1004	% pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza	14,43	15,30	15,38	< 14%	Miglioramento

Proseguirà nel 2025-27 l'impegno specifico dell'Azienda sul tema di promozione d'uso dei biosimilari, concentrando massima attenzione a:

- follitropina alfa: monitoraggio puntuale dei centri SSN / convenzionati di procreazione medicalmente assistita (PMA);
- ustekinumab: applicazione accelerata esiti di gara per rendere disponibile da subito biosimilare + nota informativa per promuovere uso nelle aree d'interesse clinico (psoriasi a placche, artrite psoriasica, malattia di Crohn).

Viene garantito anche per il triennio 2025-27 l'impiego di farmaci biologici immunosoppressori secondo i principi di costo opportunità.

In ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico sono disponibili per il trattamento di malattie infiammatorie croniche autoimmuni innumerevoli classi terapeutiche/molecole a differente target molecolare, tutte di comprovata efficacia clinica e sicurezza, ma con una significativa variabilità di costi annui di terapia a paziente.

Nell'ambito delle iniziative del Board metropolitano è stata avviata una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei clinici principali prescrittori interaziendali (dermatologi, reumatologi, gastroenterologi), al fine di favorire in tutti i contesti possibili l'impiego di classi/molecole a miglior profilo costo-opportunità, sia in caso di pazienti naive sia in caso di switch terapeutico.

Per quanto riguarda gli Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave in linea con le considerazioni contenute nel Documento PTR n. 340 "I nuovi farmaci per il trattamento della dermatite atopica grave nella popolazione adulta e pediatrica. Anticorpi monoclonali e JAK inibitori. Documento di indirizzo regionale", è indispensabile privilegiare l'uso dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, in assenza di specifiche motivazioni cliniche. Proseguirà quindi l'impegno specifico dell'Azienda nella promozione dei contenuti di appropriatezza e sostenibilità declinati nel documento di indirizzo regionale.

Poiché non esistono studi di confronto diretto fra i tre anticorpi monoclonali, non sono attualmente disponibili dati solidi che consentano di trarre indicazioni conclusive sulla scelta di un principio attivo rispetto all'altro, in termini di efficacia e sicurezza, nell'uso prevalente dell'adulto.

Per entrambe le classi terapeutiche coinvolte (anticorpi monoclonali, inibitori JAK chinasi), in assenza di indicazioni conclusive sulla scelta di un principio attivo rispetto all'altro, nell'uso prevalente saranno promossi i farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET	Risultato Atteso Triennio 2025-2027
IND1183	Nei pazienti incidenti affetti da malattia reumatica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici			≥80%	
IND1184	Nei pazienti incidenti affetti da psoriasi impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici			≥80%	
IND1071	Nei pazienti prevalenti affetti da malattia reumatica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, impiego prevalente di anti-TNF alfa	51,67	63,83	≥60%	Mantenimento
IND1072	Nei pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea (psoriasi) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, nei casi in cui è clinicamente indicato, impiego prevalente di anti-TNF alfa e, nei casi in cui non è clinicamente appropriato l'uso di anti-TNF alfa, impiego di inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi	64,58	51,61	≥60%	Miglioramento

Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

Proseguirà nel triennio 2025-27 l'impegno specifico dell'Azienda nella promozione della corretta adozione da parte dei medici prescrittori e dei farmacisti aziendali dei:

- Registri di monitoraggio AIFA
 - la corretta compilazione dei Piani Terapeutici AIFA, con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi e i farmaci con innovatività condizionata - oncologici e non oncologici - che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di *pay back*;
 - la corretta registrazione delle schede di dispensazione;
 - la tempestiva chiusura delle schede al termine dei trattamenti;
 - la gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. *payment by results*, *cost sharing*), misurata attraverso il calcolo della percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (obiettivo ≥95%);

- l'informatizzazione di tutto il percorso di gestione dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del DBO per tutti i campi previsti dal tracciato.

Farmacovigilanza

Nel prossimo triennio 2025-27 Azienda USL Bologna, in continuità con l'anno 2024, per il tramite del RAFV – DFI e Risk Management aziendali proseguirà tutte le attività di farmacovigilanza promuovendo, in particolare:

- la segnalazione spontanea di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR) on-line attraverso la Piattaforma AIFA;
- l'aumento della qualità e completezza delle segnalazioni;
- l'utilizzo della scheda di *Segnaler* "A05" per la rilevazione degli errori di terapia;
- la formazione degli operatori sanitari e delle farmacie convenzionate, anche utilizzando i kit formativi messi a disposizione del Centro Regionale di FarmacoVigilanza e lo strumento Videopillola FV (https://www.youtube.com/watch?v=4Rx8x_YFUt0&t=5s);
- l'adesione al progetto di informazione indipendente CoSIsiFA nelle sue due componenti, WP7B, relativo a corsi di formazione specifici per formatori e WP9 relativo all'implementazione del progetto "*Informed Health Choices*" per la promozione del pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

L'Azienda massimizzerà gli sforzi al fine di migliorare la sensibilità alla segnalazione spontanea, ovvero la performance sul numero totale ADR anche attraverso l'attività correlata ai progetti di FV attiva in vigore fino al 2025 (POEM3) e le prossime attivazioni di nuovi progetti regionali / nazionali con fondi FV (es: INTERACTION).

B.2.1.1 Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi

L'Azienda, nel triennio 25-27, darà piena attuazione alle progettualità definite attraverso le intese sottoscritte tra Regione e associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, di cui alle DGR n. 2365/2024 (intesa farmacie e relativi ambiti di attività), n. 1609/2024 (telerefertazione ambito cardiologico) e n. 1335/2024 (allestimento personalizzato antibiotici), nonché alle successive disposizioni adottate in relazione al nuovo accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.

L'Azienda USL di Bologna garantirà per il triennio 2025-27 massima adesione alle progettualità regionali di cui alle DGR n 2365/2024, 1609/2024, 1335/2024 e s.m.i., tramite partecipazione di suoi professionisti afferenti ai Dipartimenti coinvolti (Farmaceutico, Cure Primarie, Assistenziale Tecnico e Riabilitativo, Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere, Sanità Pubblica) come componenti stabili dei relativi gruppi di lavoro regionali e aziendali.

In particolare, nel I semestre 2025, sono già stati attivati i percorsi locali per l'attuazione da parte delle farmacie aderenti delle seguenti prestazioni a carico SSR:

- terefertazione in ambito cardiologico
- allestimento personalizzato di antibiotici (*deblistering*)
- screening colon retto e cervice uterina.

Con particolare riferimento alla DGR 1609/2024, sarà sostenuto l'avvio della fase 2 del progetto "governo del percorso", tramite il coinvolgimento dell'ingegneria clinica, delle strutture cardiologiche e dei medici del territorio. È in corso di attivazione il gruppo di lavoro per l'avvio della fase 2 in area bolognese, con il coinvolgimento anche dell'IRCCS AOU.

Proseguirà infine l'offerta formativa, residenziale o a distanza, a favore dei farmacisti convenzionati, al fine di aumentare le conoscenze in materia, nonché stimolare i professionisti alla raccolta delle segnalazioni ADR.

Nell'Azienda USL di Bologna sono attualmente poste a sistema le seguenti progettualità:

Farmacia dei Servizi 2025	
<i>Area</i>	<i>Attività</i>
Beni farmaceutici	DPC: distribuzione per conto farmaci PHT
	Erogazione alimenti speciali per celiaci, nefropatici, malattie metaboliche
	Erogazione dispositivi monouso per incontinenti e stomizzati
Front office	FARMACUP: prenotazioni visite specialistiche
	FSE: attivazione cittadinanza fascicolo sanitario elettronico
Analisi 1 ^a istanza	Somministrazione vaccini anti covid-19
	Effettuazione tamponi rapidi (covid-19, streptococco)
	Somministrazione vaccini antinfluenzali
	Programma prevenzione screening colon retto
	Programma prevenzione screening cervice uterina
Telemedicina	Telemedicina: esecuzione holter pressorio, cardiaco, ECG, spirometria
Servizi cognitivi	Presa in carico pazienti con BPCO per miglioramento aderenza terapie e educazione uso device
Farmacovigilanza	Vigirete: progetto di farmacovigilanza per la segnalazione spontanea su piattaforma digitale dedicata

A queste progettualità si affiancherà nel biennio 2026-27 lo sviluppo progressivo di nuove specifiche attività in funzione dei nuovi accordi nazionali/regionali, della disponibilità degli strumenti di integrazione tra i diversi professionisti (farmacisti convenzionati, farmacisti SSN, MMG, specialisti, infermieri di comunità), di monitoraggio delle attività e della realizzazione della necessaria formazione.

Le farmacie sono parte integrante della rete dei servizi; a tal fine nel prossimo triennio saranno collegate e inserite nei programmi di sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito delle politiche orientate all'intercettazione precoce del bisogno e all'intervento coordinato dei soggetti/delle strutture presenti nei singoli territori, diventando parte del sistema "Casa della Comunità".

Nel triennio 2025-27 sarà implementata anche la distribuzione per conto di dispositivi e diagnostici per pazienti diabetici.

B.2.1.2 Informatizzazione delle prescrizioni e dei Piani Terapeutici/Scheda prescrittiva

Tenuto conto della necessità di adempiere ai dettami contenuti in norme nazionali e del tavolo adempimenti LEA, in merito all'informatizzazione delle prescrizioni di farmaci (ricette, piani terapeutici e schede prescrittive), l'Azienda USL di Bologna si impegna nel prossimo triennio 2025-27 a sostenere tutte le azioni mirate a giungere alla completa dematerializzazione della prescrizione medica. Il DFI e UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (ICT) già dal 2024 hanno istituito un

tavolo di lavoro al fine di istituire modalità completamente informatizzate per la prescrizione, erogazione e monitoraggio, a partire dalla fase di dimissione da reparto o da visita specialistica ambulatoriale, per l'informatizzazione di tutte le prescrizioni compresi tutti i piani terapeutici a livello territoriale e ospedaliero.

La Cartella Clinica Ambulatoriale – lato specialistica ambulatoriale – è in corso di implementazione. Entro il 2026 dovrebbe essere adottata da tutte le UO ambulatoriali con le medesime funzionalità di CCE.

Nel 2025 è in corso la stesura di capitolato di gara per l'acquisizione di software che consenta la completa informatizzazione delle fasi di prescrizione, validazione ed erogazione dei prodotti dell'assistenza integrativa (in forma diretta o per conto), quali ad esempio i dispositivi medici monouso per incontinenza o diagnostici per monitoraggio del diabete, a sostegno dell'appropriatezza prescrittiva e della tracciabilità a livello territoriale dei dispositivi medici erogati a favore della popolazione assistita.

B.2.1.3 Governo dei dispositivi medici

Il governo dei dispositivi medici (DM, all'interno dell'Azienda USL di Bologna, risulta di assoluta rilevanza sia per gli aspetti economici, correlati all'impatto dell'innovazione, sia per quelli di appropriatezza d'impiego, vista la complessità chirurgica generale, specialistica ed interventistica, con particolare riferimento alla chirurgia robotica, neuroradiologica, ortopedica e all'attività interventistica cardiovascolare.

Viene garantita l'adesione a gare centralizzate, sia a livello di area vasta che regionali, che generalmente permettono l'acquisto dei beni a miglior rapporto beneficio, grazie anche all'attenta pianificazione delle stesse mediante gli strumenti condivisi di area vasta.

L'introduzione e la disponibilità sul mercato dei DM sempre più all'avanguardia e ad elevato costo, a fronte di una complessità della normativa in cui il SSN opera, impongono lo sviluppo di specifiche competenze e di processi decisionali fondati su *Evidence Based Medicine* ed HTA avvalendosi anche di organismi strutturati come la Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro (CDM- AVEC).

La CDM-AVEC, che vede il contributo di professionisti dell'Azienda nella propria composizione, garantisce il governo dei DM, individuando i metodi operativi di funzionamento e i criteri decisionali, in relazione alle procedure di introduzione, gestione e monitoraggio dei DM in maniera armonica all'interno dell'Area Vasta Centrale. In ottemperanza alle Linee regionali di governo, utilizza modalità di gestione delle richieste di acquisizione e valutazione dei nuovi DM, avvalendosi di apposito applicativo web che consente la condivisione a diversi livelli istituzionali delle informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni, nonché la valutazione HTA da parte della Commissione Regionale per alcune tecnologie di prodotti. Il metodo valutativo maturato dovrà essere ulteriormente perfezionato e consolidato investendo anche sulla formazione dei professionisti coinvolti, ponendo particolare attenzione alle tempistiche di analisi in considerazione delle esigenze cliniche.

Saranno oggetto di implementazione gli importanti progetti di informatizzazione dei processi di tracciabilità dei DM, avviati nel 2024 in sinergia con IRCCS AOU di Bologna, soprattutto a livello dei comparti operatori, avvalendosi anche di tecnologie specifiche come la *Radio-Frequency Identification* (RFID), finalizzate al miglioramento della qualità del controllo delle scorte e dei consumi, con conseguente abbattimento del capitale immobilizzato e tracciabilità fino al paziente di ogni singolo DM, con garanzia di rintracciabilità dello stesso qualora si ravvisino segnalazioni sulla

sicurezza nell'ambito del sistema di vigilanza dei DM. La completa informatizzazione dei processi legati alle attività chirurgiche permetterà di poter disporre di una banca dati aziendale che contiene un'elevata quantità di informazioni utili alla pianificazione sanitaria, all'identificazione puntuale dei costi per prestazione, raffronti di efficacia, ovvero supporto al governo clinico e al contempo garantire la sicurezza del paziente avendo a disposizione immediata tutte le informazioni utili alla rintracciabilità dei DM all'interno di provvedimenti di vigilanza.

Nell'ambito della vigilanza sui DM, continueranno le azioni finalizzate alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza e sorveglianza del mercato, agli obblighi di segnalazione degli incidenti, al processo di rintracciabilità del prodotto e allo svolgimento delle indagini cliniche.

Verrà garantita la completa applicazione di quanto indicato dai regolamenti UE 2017/745 e UE 2017/746, che hanno modificato le norme relative al sistema dei DM e dei dispositivi medico-diagnostici in vitro, tenendo conto degli sviluppi del settore, con l'obiettivo di garantire un quadro normativo solido, sostenibile, con procedure trasparenti e idoneo a mantenere un elevato livello di sicurezza, favorendo allo stesso tempo l'innovazione. Il suddetto quadro normativo aumenta di fatto il livello di sicurezza dei DM, ridisegnando i compiti e le responsabilità degli operatori economici, che devono svolgere un ruolo proattivo nel corso dell'intera vita del dispositivo. La diffusione della cultura della segnalazione e dell'attenzione all'impiego dei DM è quindi uno degli aspetti fondamentali della governance, finalizzata ad incrementare la qualità e la sicurezza degli stessi anche con il contributo attivo della Referenti Dispositivo Vigilanza facenti parte della rete regionale.

In relazione ad iniziative promosse in tema di sicurezza d'impiego dei DM e rafforzamento del sistema di vigilanza è stato realizzato e reso disponibile su piattaforma Self, a partire da aprile 2025, il corso regionale FAD dal titolo: "Dispositivo-Vigilanza: normativa e gestione delle segnalazioni sui dispositivi medici e diagnostici in vitro". Per il 2025 l'obiettivo è quello di sensibilizzare alla partecipazione al corso gli operatori afferenti alle seguenti discipline: cardiocirurgia pediatrica, cardiocirurgia, unità coronarica, emodialisi, laboratorio analisi chimico-cliniche, microbiologia e virologia.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98.03	97.05	94.72	95.59	≥ 90%	Mantenimento

B.2.2 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario

La sicurezza delle cure rappresenta un elemento imprescindibile di tutte le prestazioni e di ogni ambito in sanità ed è una condizione che il Servizio Sanitario Regionale pone a garanzia della qualità delle cure prestate.

In termini generali, uno degli obiettivi prioritari aziendali è rappresentato dalla crescita della cultura della sicurezza e della consapevolezza che la sicurezza avrà un peso sempre più rilevante sulle politiche sanitarie, anche in considerazione degli aspetti economici relativi ai costi diretti (derivanti dai danni correlati agli eventi avversi) e indiretti (relativi al contenzioso). Parimenti dovrà aumentare la consapevolezza della trasversalità della tematica, con il conseguente sviluppo e condivisione delle competenze e conoscenze multiprofessionali ed incremento delle sinergie su specifici ambiti (es. sicurezza del farmaco, del percorso nascita, sicurezza in ambito territoriale e nelle strutture socio-sanitarie, ecc.).

Le spinte al cambiamento che provengono dalle nuove esigenze dei cittadini e dalla normativa (DM 70/2015, DM 77/2022, Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) stanno favorendo un modello olistico di salute in cui processi e percorsi assistenziali tra ospedale e territorio si integrano tra loro, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina).

Affrontare il tema della gestione del rischio e sicurezza delle cure anche in ambito territoriale richiede necessariamente una diversa prospettiva, non legata unicamente al setting assistenziale, ma ai percorsi di presa in carico del paziente cronico spesso pluripatologico.

Pertanto, la sicurezza nelle cure sanitarie in ambito territoriale richiede un approccio sistematico che coniughi formazione, governance ed innovazione tecnologica per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre/mitigare i rischi considerando anche l'importanza dell'integrazione tra i diversi servizi, strutture, enti e stakeholder presenti localmente. Le principali attività del prossimo triennio saranno rivolte a:

- ridurre degli errori del personale sanitario attraverso protocolli standardizzati, uso di tecnologie avanzate e formazione continua per il personale sanitario;
- favorire l'accesso equo e tempestivo delle cure prevenendo ritardi diagnostici e terapeutici;
- potenziare l'integrazione tra professionisti migliorando la comunicazione tra gli operatori appartenenti alle diverse organizzazioni territoriali ed ospedaliere;
- favorire le segnalazioni degli eventi avversi mediante l'utilizzo della piattaforma SegnalER.

Per questo è importante un approccio basato sull'appropriatezza, sulla prossimità e sulla sicurezza delle cure, in cui la persona e la sua famiglia/caregiver, siano al centro di un sistema che superi le barriere ospedale e territorio. Questo rende necessario un effettivo cambio di paradigma di approccio alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, passando da un approccio prevalentemente reattivo (re-azione dopo gli eventi) ad un approccio sistematicamente proattivo, tipico delle organizzazioni ad "alta affidabilità", con una cultura sensibile alla sicurezza ed alla resilienza, capace di anticipare gli eventi.

Questi presupposti evidenziano la necessità di estendere/adattare i metodi e gli strumenti di risk management alle strutture territoriali nei setting territoriali sanitari e socio-sanitari (es. OSCO, Case della comunità, Assistenza domiciliare, Hospice, Cure palliative, CRA, ecc.) ed alle cure intermedie, con particolare attenzione alle transizioni di cura ed ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio.

L'Azienda USL di Bologna - IRCCS ISNB, oltre all'utilizzo degli strumenti "tradizionali" di gestione del rischio, svilupperà l'applicazione della metodologia di analisi proattiva dei rischi (Fmea/Fmeca, SafetyWalk Round "visite/giri per la sicurezza") in ambito territoriale, cure intermedie, strutture sociosanitarie e transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione.

La Legge n. 24/2017 ha istituito l'obbligo per i Centri regionali di rischio sanitario di trasmettere all'Osservatorio nazionale dati su rischi, eventi avversi, eventi sentinella ed eventi senza danno, promuovendo una visione più ampia della sicurezza delle cure. In risposta, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato la piattaforma SegnalER per la raccolta e gestione delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure e ai sinistri. L'Azienda USL di Bologna – IRCCS ISNB ha adottato la piattaforma SegnalER (modulo A per le segnalazioni degli operatori) il 30 dicembre 2024, contribuendo al miglioramento sistematico della sicurezza nelle strutture sanitarie. In tal senso gli obiettivi che si prefigge sono:

- sviluppare competenze per la segnalazione e la gestione degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure mediante SegnalER;

- rafforzare/consolidare l'uso dell'applicativo, al fine dell'acquisizione di informazioni da una pluralità di fonti informative che consentano una rappresentazione quanto più realistica degli ambiti di interesse per la sicurezza delle cure;
- garantire una gestione unificata ed una reportistica integrata delle segnalazioni degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio;
- definire un modello di mappatura ed analisi dei rischi derivante dai dati provenienti dalla piattaforma per l'identificazione delle aree aziendali di maggiore criticità;
- sostenere la raccolta di informazioni per il monitoraggio ed il controllo dei casi occorsi relativamente a:
 - ✓ scheda A8: morte materna;
 - ✓ scheda A9: morte perinatale e grave morbosità neonatale (nello specifico: casi di morte in utero, morte neonatale precoce e grave morbosità in neonati di età gestazionale ≥ 35 settimane sottoposti a ipotermia per encefalopatia ipossico ischemica);
 - ✓ scheda 10: *near miss* ostetrici Emorragia post-partum (>2000 cc), preeclampsia grave e sepsi.
- garantire la segnalazione degli eventi sentinella previsti dal nuovo Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella (SIMES di Luglio 2024)

Visto il trend in aumento della numerosità delle procedure chirurgiche e interventistiche per le quali c'è stato un cambiamento del *setting* assistenziale da regime di ricovero a quello ambulatoriale si è reso necessario focalizzare l'attenzione su questa tipologia di pazienti definiti "outpatient".

A tal fine l'Area Sicurezza delle Cure del Settore Innovazione dei Servizi Sanitari e Sociali, in collaborazione con il Settore Assistenza Ospedaliera e Territoriale, attraverso l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito dai Risk manager e dai coordinatori medici e/o infermieristici di sala operatoria delle aziende sanitarie ha elaborato una *check-list* per la sicurezza delle procedure chirurgiche ed interventistiche effettuate in ambito ambulatoriale. La nuova *check-list* sperimentata in alcune aziende sanitarie verrà utilizzata in tutte le Aziende sanitarie per le procedure di chirurgia maggiore in ambito ambulatoriale.

Nell'ambito sicurezza in chirurgia e nelle procedure invasive l'Azienda USL di Bologna - IRCCS ISNB, si pone come obiettivi:

- il consolidamento dell'utilizzo delle checklist di sicurezza regionale per pazienti sottoposti a procedure chirurgiche della classe AHRQ4 e ricoverati in regime di ricovero ordinario o day surgery (checklist SSCL e flusso regionale specifico); pazienti sottoposti a intervento chirurgico di taglio cesareo, indipendentemente dal livello di urgenza, ovvero effettuati in regime di elezione (checklist SSCL-TC e flusso regionale specifico); pazienti sottoposti a procedure chirurgiche di facoemulsificazione della cataratta (checklist Cataratta);
- l'implementazione della checklist di sicurezza regionale nelle procedure ambulatoriali di chirurgia maggiore e definite come "T 51" dal nomenclatore regionale. Strutturazione del flusso informativo specifico SSCL Ambulatoriale correlato al flusso ASA.
- il monitoraggio dell'adesione dei Professionisti alle raccomandazioni e indicazioni di sicurezza mediante il progetto OssERvare.
- il monitoraggio dei Patient Safety Indicators relativamente agli episodi di tromboembolismo post-operatorio e di infezione del sito chirurgico.
- la mappatura integrata delle fonti informative disponibili.
- il potenziamento delle competenze non tecniche degli operatori di sala operatoria.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha identificato "la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute", a cui tutto il personale è tenuto a concorrere. La sicurezza delle cure rappresenta, quindi, diritto coesistente dell'assistenza sanitaria e costituisce elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

La RER è da anni impegnata nella promozione della sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire o mitigare i potenziali esiti indesiderati ed i danni connessi e talora imprevedibili nei processi assistenziali.

In tutte le aziende sanitarie pubbliche e nelle strutture sociosanitarie private accreditate è istituita una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), con l'obiettivo di aumentare i livelli di sicurezza e di creare contesti sicuri ed affidabili.

Il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio, in accordo con la documentazione regionale in materia e le indicazioni ministeriali (Decreto Ministero della Salute 19 dicembre 2022), rappresenta il riferimento per la programmazione e la rendicontazione delle attività integrate in tema, qualificandosi quindi non solo come strumento programmatico, ma anche operativo e di monitoraggio.

In accordo con il recente documento regionale "Nuove linee di indirizzo per l'elaborazione del piano-programma annuale per la sicurezza delle cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della regione Emilia-Romagna" (Prot. 18.04.2023 0376598.U), dal 2023 il documento aziendale, a cui allegare il Piano aziendale per la prevenzione delle cadute e il Piano per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, presenta una "calendarizzazione" annuale sia per la programmazione sia per la rendicontazione delle attività.

L'Azienda Usl di Bologna prosegue le consuete attività di gestione del rischio che vedono nell'integrazione di diverse fonti informative la modalità più completa per ottenere dati qualitativamente significativi

La recente pandemia COVID-19 ha chiaramente evidenziato la necessità di un effettivo cambio di paradigma per quanto riguarda la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, passando da un approccio prevalentemente reattivo ad uno sistematicamente proattivo, tipico delle organizzazioni socio-tecniche ad "alta affidabilità" e con una cultura sensibile alla sicurezza ed alla resilienza, capace di anticipare gli eventi.

Oltre all'utilizzo degli strumenti "tradizionali" di gestione del rischio (Incident reporting, Sea, RCA, Morbidity e Mortality review, ecc.), risultano pertanto appropriati anche strumenti impiegati nelle organizzazioni ad "alta affidabilità".

L'Azienda USL proseguirà il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- rilevazione degli accadimenti significativi per la sicurezza delle cure, anche in relazione allo sviluppo ed implementazione della piattaforma di segnalazione regionale SEGNALER;
- effettuare visite per la sicurezza/safety walk round (modello regionale Vi.si.t.a.re), in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo;
- applicare la check list di sala operatoria;
- assicurare osservazioni dirette sul campo, con particolare riferimento all'attività chirurgica (programma regionale OssERvare).

Prosegue inoltre l'attività di formazione ed aggiornamento del personale in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure, con iniziative rivolte a tutti gli operatori e, specificatamente, ai facilitatori della rete aziendale.

Rispetto all'area qualità percepita e alle indagini di ascolto degli utenti e dei professionisti, l'Azienda si occupa della rilevazione delle loro opinioni rispetto alla qualità delle cure ed assistenza ricevute, e della loro esperienza nel percorso di cura. Le indagini di qualità percepita sono uno strumento di monitoraggio dell'esperienza degli utenti e di valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini. Esse contribuiscono a migliorare i servizi per renderli funzionali al conseguimento degli obiettivi aziendali, mettendo in luce aspetti critici che potranno essere gestiti attraverso azioni correttive e/o progetti di miglioramento.

L'Azienda si impegna a mantenere il ruolo di interlocutore primario del cittadino, proseguendo nella promozione alla partecipazione attiva, alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti degli utenti attraverso il Board Aziendale Partecipazione, Equità ed Umanizzazione, oltre che con la collaborazione dei sei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari Distrettuali e del Coordinamento Aziendale dei CCMSS.

In relazione a tali tematiche saranno ulteriormente incrementate le indagini di ascolto della cittadinanza ed anche dei professionisti aziendali e verrà rivista la Carta dei Servizi, oltre che consolidati i rapporti di *empowerment* con i CCMSS Distrettuali.

L'Azienda USL di Bologna favorisce la comunicazione e l'informazione dei cittadini in merito alle prestazioni erogate, alle modalità per accedere ai servizi e all'organizzazione degli stessi. Le segnalazioni (i reclami, gli apprezzamenti, i suggerimenti e le osservazioni) degli utenti rappresentano un contributo prezioso per la costruzione di servizi sanitari sempre più efficienti e orientati ai cittadini. Il sistema di presa in carico e gestione delle segnalazioni contribuisce a tutto ciò. Le segnalazioni possono essere presentate tramite l'applicativo regionale SEGNALER, utilizzando l'apposito modulo disponibile presso le sedi dell'Azienda o attraverso il modulo per segnalazioni elettronico.

B.2.3 Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale

L'Azienda è stata sottoposta; nel corso di questi anni sono ha collaborato con il livello regionale per il recepimento delle nuove normative e l'adeguamento della modulistica inerente il percorso di rinnovo dell'Accreditamento Regionale. È stata garantita la rappresentanza aziendale, sia nel processo di verifica presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ai fini del rilascio e del rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, sia nel processo di formazione di nuovi valutatori regionali.

Il prosieguo del percorso di accreditamento prevede sia meccanismi di sorveglianza interni, sia di verifica esterna da parte della Regione Emilia-Romagna su specifici processi, oltre che da parte di enti certificatori esterni su specifici programmi, PDTA ed articolazioni organizzative.

Il programma di Audit del Sistema Qualità tiene conto delle strategie e dei criteri definiti a livello regionale, oltre che dei processi di innovazione e miglioramento continuo in atto nel contesto aziendale.

Nel triennio 2025-2027 si realizzerà attività di supporto e sorveglianza, ai fini dello sviluppo e del mantenimento del recente rilascio dei nuovi requisiti generali dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie (DGR 1314/2024). Tali attività si realizzeranno tramite il consolidamento e l'ulteriore sviluppo della rete dei referenti della Qualità sull'ambito aziendale con un ruolo di supporto informativo e di consulenza all'interno delle articolazioni organizzative di riferimento in merito al mantenimento e sviluppo sui principali processi del sistema qualità (gestione della documentazione,

riesame della direzione, gestione delle aree di criticità e miglioramento, gestione non conformità e gestione audit). A garanzia del mantenimento dei requisiti formativi del ruolo, viene organizzato annualmente un corso, rivolto anche ai valutatori interni del SGQ, sugli strumenti richiesti a supporto della funzione in considerazione delle innovazioni in corso, degli aggiornamenti normativi, dei processi oggetto di innovazione. Il corso prevede anche una parte di attività sul campo esplicata nelle attività di verifiche interne aziendali con lo scopo di consolidare ed applicare i contenuti teorici, oltre che di conoscere e condividere le buone pratiche aziendali. Da questa attività sarà possibile individuare le azioni di miglioramento rispetto a criticità rilevate attraverso la registrazione di non conformità, di necessità di adeguamento ai requisiti di Accreditamento sia generali che specifici-trasversali, nonché ai requisiti della certificazione volontaria.

Nel 2025 è stato avviato un sistema gestionale informatico per i documenti del Sistema Gestione Qualità (SGQ) di livello aziendale ed interaziendale, che nel successivo triennio verrà implementato fino a diventare l'unico repository documentale, comprendendo al suo interno i documenti di livello dipartimentale e sottordinati. Tale processo permetterà una sistematizzazione dei contenuti, una semplificazione nella fase di consultazione, una maggiore garanzia in termini di efficacia e manutenzione del complesso sistema documentale aziendale. Verrà successivamente avviata anche la funzione di redazione tramite applicativo dei documenti SGQ, in modo da permettere una semplificazione ed un aggiornamento in tempo reale dello stato di avanzamento dei lavori.

Complessivamente l'Azienda sui temi inerenti la qualità e l'accreditamento, intende proseguire nell'impegno per il raggiungimento degli obiettivi identificati, fra le altre cose, dai seguenti indicatori:

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2024 Azienda USL BO	2024 RER	TARGET	Triennio 2025- 2027 Risultato atteso
DES0060	Predisposizione del piano programma aziendale annuale per l'Accreditamento/Qualità			100%	
DES0094	Entro il 31/12/2025, proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile			100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale	
DES0152	Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione effettuate, con evidenza delle azioni di livello aziendale attivate			100%	
IND1101	% di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati	90,9	84,6	≥80%	Mantenimento
IND1102	% di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda	83,3	94,9	≥80%	Mantenimento
IND1103	% di valutatori partecipanti alle iniziative di formazione/aggiornamento sul tema dell'accREDITamento sul numero di valutatori convocati alla formazione	70,0	85,8	≥80%	Mantenimento

B.2.4 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

L'Azienda USL di Bologna nell'ambito della gestione della salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i., ha pianificato per il prossimo triennio le seguenti attività:

- attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, (Documento di Valutazione del Rischio, Documento Unico Valutazione Rischi da Interferenze, Piani di Emergenza Interni);
- implementare la cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie con particolare riguardo al corretto inserimento delle vaccinazioni;
- proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea;
- promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni raccomandate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025;
- fornire supporto psicologico agli operatori sanitari finalizzato al loro benessere psicofisico attraverso percorsi stabiliti dal medico competente nell'ambito del Programma Predefinito 8 "Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro";
- proseguire la raccolta dati relativi alle segnalazioni di aggressioni al personale sanitario, utilizzando la piattaforma regionale Segnal-ER, monitorando i risultati delle azioni realizzate tramite il tavolo tecnico sul benessere organizzativo;
- istituire un Board aziendale che avrà come obiettivo lo sviluppo in tema di benessere organizzativo e sani stili di vita degli operatori sanitari;
- attivare un tavolo tecnico aziendale sul benessere organizzativo che coinvolga direzione e figure coinvolte a diverso titolo, per individuazione delle misure e loro attuazione;
- partecipare alla redazione dei corsi di formazione da erogare in FAD su piattaforma Self-PA in ambito D.L. 81/08.

B.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

B.3.1 Sviluppo progetti di Telemedicina

Nel 2024, è stata aggiudicata la nuova piattaforma regionale di telemedicina, come previsto dalla programmazione per l'attuazione del subintervento M6 C1 I 1.2.3 PNRR 'Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici', piattaforma che sarà operativa non prima della fine del 2025 a causa di ritardi nella procedura di aggiudicazione della gara da parte della Regione Lombardia, a cui è stata affidata la procedura. In attesa del pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale, per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività di telemedicina, l'Azienda ha incrementato i servizi di telemedicina già in uso, integrando quanto più possibile questa modalità erogativa nei processi clinico assistenziali esistenti, inoltre, nel 2025 ha istituito un gruppo di lavoro per definire ed implementare il modello organizzativo per la erogazione del telecontrollo sviluppato inizialmente in ambito cardiologico ospedaliero, da estendere successivamente all'ambito territoriale (MMG, COT) e alle altre discipline individuate dal modello organizzativo regionale.

Per il triennio 2025-2027 l'Azienda si impegna inoltre:

- a dare piena operatività al progetto "teleriabilitazione" con il coinvolgimento delle UO di Medicina Riabilitativa Nord e Sud oltre alla neuropsicologia in ambito oncologico; si precisa che nel 2024 è stata aggiudicata la gara per l'acquisizione di kit di teleriabilitazione a domicilio;
- a proseguire il progetto "Teleconsulenza specialistica multidisciplinare" attivato per offrire un supporto specialistico agli operatori delle CRA nel territorio dell'Azienda;
- alla diffusione della televisita, e del teleconsulto, sia tra specialisti che tra MMG e specialista:
 - ✓ Relativamente alla televisita, implementata già a partire dal 2023 ed attiva attualmente nelle discipline/sedi di Reumatologia (Ospedale Maggiore), Geriatria (Territorio compresi i CDCD aziendali), Neurologia (Bellaria + CdS Reno), Diabetologia-Endocrinologia (Ospedale Maggiore), Pneumologia (Ospedale Bellaria), Medicina Riabilitativa Nord, Programma Bambino Cronico Complesso, Allergologia (Ospedale Maggiore), Medicina Riabilitativa Sud, Carceri (per le discipline di allergologia, reumatologia, pneumologia, endocrinologia, diabetologia), Oncologia, Medicina Riabilitativa Pediatrica, Cure Palliative, l'Azienda prevede di estenderla a tutti i servizi richiedenti e per le prestazioni che presentano le caratteristiche richieste dalle norme.
 - ✓ Per il teleconsulto l'Azienda intende provvedere ad attivare la piattaforma di teleconsulto al MMG - specialista rendendola disponibile al MMG e specialisti che aderiranno al progetto, con l'obiettivo di organizzare un servizio di "virtual meeting" interdisciplinare, mediante il quale il MMG richiede una consulenza a uno o più specialisti individuati nell'ambito delle branche di maggiore rilevanza epidemiologica e clinica per i pazienti fragili assistiti a domicilio (Cardiologia, Endocrinologia, Fisiatria, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Pneumologia, Psichiatria, Psicologia, Reumatologia). Sulla base dello stesso applicativo sarà realizzato il teleconsulto specialista-specialista.

Dal punto di vista formativo, per l'anno 2025 l'UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sist.Qualita' ha organizzato un corso di formazione destinato a tutti i professionisti dell'Azienda dal titolo "Corso breve su sanità digitale: telemedicina, FSE, Intelligenza Artificiale" che vedrà la partecipazione di esperti del settore a livello nazionale, regionale, aziendale. Il programma, che si sviluppa su tre giornate, combina sessioni teoriche, approfondimenti pratici e casi studio reali,

offrendo una visione completa e aggiornata sullo stato dell'arte nel panorama della sanità digitale. L'obiettivo è fornire ai partecipanti gli strumenti necessari per comprendere e affrontare le sfide future, promuovendo una visione integrata e innovativa per la gestione dei servizi sanitari attraverso le nuove tecnologie. Inoltre, i professionisti dell'Azienda proseguono l'attività in diversi gruppi di lavoro tematici regionali in ambito telemedicina.

Infine, da un punto di vista programmatico delle attività di telemedicina, l'Azienda intende proseguire per il periodo 2025-2027 l'attività del Board aziendale di telemedicina, istituito nel 2021 e composto da professionisti di ambito tecnico, clinico e organizzativo, con la finalità di:

- definire modalità di raccolta strutturata delle nuove proposte di implementazione
- valutarne gli elementi di fattibilità, coerenza con la strategia aziendale e con le progettualità regionali
- proporre alla direzione strategica le progettualità raccolte e vagliate
- monitorare progettualità già introdotte e in fase di introduzione
- diffondere le competenze in azienda sul tema telemedicina.

B.3.2 Percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale

A partire dal 2015, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015, l'Azienda USL Bologna in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna (Azienda USL Imola, IRCCS AOU e IRCCS IOR) ha sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che caratterizzano i processi di tali Aziende:

- attività amministrative, tecniche e professionali (Servizi Unici Metropolitani, Servizio Acquisti di Area Vasta, Ingegneria Clinica);
- attività di diagnostica e/o di supporto (Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale, Laboratorio Unico Metropolitano, Banca delle Cornee, Neuroradiologia, Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, Medicina Nucleare, Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica);
- attività cliniche mediche e chirurgiche, mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate (Pneumologia Interventistica, Dermatologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Bariatrica, Neurochirurgia Pediatrica, Neurologia Metropolitana, Oncologia Medica, Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica, Dipartimento Emergenza Interaziendale, Malattie Infettive).

È stato recentemente avviato il coordinamento unico di area radiologica tra le quattro Aziende sanitarie dell'area metropolitana, con attribuzione del ruolo di capofila all'Azienda USL di Bologna. Tale assetto è finalizzato al rafforzamento dell'interazione con la medicina generale, con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva e alla funzione di filtro, nonché allo sviluppo e al consolidamento della Radiologia Pediatrica e al potenziamento della Radiologia Interventistica.

Sono attualmente in corso le attività propedeutiche all'avvio di tre importanti progettualità interaziendali. Nell'ambito della diagnostica senologica, è in fase di attivazione un progetto di integrazione funzionale tra l'Azienda USL di Bologna e l'IRCCS AOU. Parallelamente, si stanno avviando i lavori per la costituzione di un Dipartimento interaziendale dell'Integrazione ed un Dipartimento interaziendale della riabilitazione tra le due Aziende. Relativamente alle integrazioni delle attività amministrative, tecniche e professionali, l'Azienda, in sinergia con le altre Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana bolognese coinvolte nel processo di integrazione, sta procedendo all'aggiornamento dei relativi progetti organizzativi e dei connessi accordi.

In continuità con il percorso avviato nell'area metropolitana nell'ultimo decennio, l'Azienda USL di Bologna proseguirà nell'obiettivo, trasversale a tutte le aree assistenziali e gestionali, di rafforzamento del processo di integrazione. Tale processo punta alla valorizzazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti, definendo percorsi innovativi che indirizzino sui pazienti l'apporto assistenziale, scientifico e di ricerca della complessa rete metropolitana, composta da quattro Aziende Sanitarie, di cui tre IRCCS, oltre che da una fitta rete di strutture del privato accreditato che erogano servizi complementari all'offerta.

Nel triennio 2025-2027 l'Azienda proseguirà, in coerenza con la programmazione condivisa in sede di Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria Metropolitana, nella realizzazione dei percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi, attraverso la definizione di un assetto organizzativo aderente alle linee strategiche assegnate, in coerenza con le esigenze di governo del management aziendale. L'assetto organizzativo sarà impostato in modo da prevedere una maggiore razionalizzazione dei percorsi organizzativi e dei processi clinico-assistenziali, con particolare orientamento alla centralità del paziente nei percorsi di cura, tramite l'accorpamento di funzioni analoghe e maggiori sinergie tra funzioni affini. Saranno studiate risposte organizzative per il governo complessivo degli asset produttivi aziendali, in un quadro coerente con le progettualità sovra-aziendali, sia di ambito clinico (reti cliniche interaziendali, IRCCS, rete emergenza-urgenza, sviluppo delle funzioni cliniche di supporto) che tecnico-amministrativo.

B.3.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

Gli ultimi anni hanno evidenziato l'importanza di centralizzare e uniformare le soluzioni applicative per garantire coerenza organizzativa attraverso procedure comuni. I sistemi centralizzati permettono un consolidamento efficace delle informazioni cliniche e amministrative, facilitando l'erogazione di servizi a distanza e il supporto agli operatori coinvolti in tempi e contesti diversi, assicurando così qualità e omogeneità nelle informazioni sul paziente.

Nel triennio 2025-2027 si apporteranno alcune innovazioni al sistema dell'accesso alle prestazioni sanitarie: nello specifico è prevista la revisione delle procedure di booking delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in aderenza a quelli che saranno gli indirizzi regionali in materia.

Il sistema CUP che costituisce lo strumento organizzativo prevalente e consolidato per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica funziona in modalità pressoché immutata da circa un ventennio. In aderenza agli indirizzi regionali che prevedono una progettualità specifica in questo ambito, l'Azienda USL di Bologna adeguerà il proprio sistema di prenotazione (booking) al fine di farlo evolvere in una direzione maggiormente orientata alla programmazione dei percorsi sanitari. Si orienterà tale riprogettazione al fine di poter raccogliere, già in fase di prenotazione, quelle informazioni sanitarie che oggi non sono oggetto di informatizzazione e che, invece, se gestite potrebbero meglio orientare la fase erogativa delle prestazioni. Il nuovo CUP dovrà poi essere maggiormente integrato con i servizi che erogano prestazioni, superando la canonica metafora del piano di lavoro, per poter meglio dare implementazione al concetto di canale comunicativo ricco e bidirezionale fra gli attori del processo erogativo delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica.

Inoltre, è previsto il miglioramento del supporto tecnologico fornito ai cittadini che accedono a prestazioni ambulatoriali e di diagnostica presso le strutture territoriali dell'Azienda. In questo ambito la tecnologia può aiutare attraverso la messa in campo di una APP che possa garantire:

- la guida del paziente alle strutture ambulatoriali di erogazione delle prestazioni (OUTDOOR NAVIGATION);
- la guida del paziente all'interno delle strutture ambulatoriali di erogazione delle prestazioni (INDOOR NAVIGATION);
- il supporto alla accettazione e al pagamento del ticket;
- il supporto informativo.

La APP suddetta, finanziata all'interno degli interventi PNRR, sarà attivata nel triennio 2025-2027. Questa evoluzione è stata finanziata nell'ambito del progetto PNRR relativo all'Ospedale Maggiore, DEA di II Livello. L'attivazione è prevista entro il primo semestre del 2025, a seguito dell'allestimento dell'infrastruttura tecnica necessaria.

Il triennio sarà caratterizzato, anche, dal passaggio alla nuova modalità di rilevazione della specialistica ambulatoriale (ASA), grazie anche al ciclo della dematerializzata. Questo importante cambiamento tecnologico comporterà sia un adeguamento della infrastruttura tecnologica che di alcune modalità organizzative.

Una trattazione a parte merita il tema dell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), che è in corso di integrazione con l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA). Il progetto è caratterizzato da una componente eminentemente tecnologica, che è quella dell'interfacciamento della infrastruttura regionale ARA con la parte nazionale ANA, ma sarà da approfondire anche l'aspetto riguardante la ricaduta organizzativa, in termini soprattutto di gestione della risorsa anagrafica.

Nel triennio vedrà la luce anche la nuova Cartella Sanitaria Territoriale (CST), che permetterà una migliore documentazione degli aspetti legati alla cronicità per pazienti fragili o comunque affetti da patologie croniche.

Il progetto che prende l'avvio nell'anno 2025 permetterà di integrare al suo interno diversi strumenti informatici:

- una cartella ambulatoriale;
- una cartella della continuità Assistenziale;
- la cartella delle case della comunità;

e consentirà una migliore integrazione con gli strumenti messi a disposizione delle aziende sanitarie:

- applicativo delle COT;
- strumenti di telemedicina;
- strumenti per la gestione dei PDTA.

Ultimo aspetto, ma non meno importante si comincerà, nell'arco del triennio ad utilizzare in maniera significativa l'intelligenza artificiale come strumento a supporto dell'attività dei clinici.

B.3.4 Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico – Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione

Il progetto PNRR FSE 2.0, nell'ambito della transizione digitale e della digitalizzazione dei servizi, comporta il potenziamento dell'infrastruttura tecnologia atta a produrre documentazione compatibile con l'iniziativa nazionale denominata "FSE – 2.0". Il progetto si concluderà il 31/03/26 e nel triennio è previsto il consolidamento della infrastruttura FSE 2.0 come principale strumento per la condivisione di dati sanitari e di servizi con il cittadino.

L'Azienda USL di Bologna si impegnerà a rispettare gli obiettivi e le tempistiche del progetto tramite i seguenti indicatori.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2024 Azienda USL BO	2024 RER	TARGET	Triennio 2025- 2027 Risultato atteso
IND1083	PNRR - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - per il 2024 si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica)	75,4	63,4	≥85%	Miglioramento
IND1084	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	89,1	88,1	≥90%	Miglioramento
IND1085	% di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 – PNRR	79,1	66,4	≥50%	Mantenimento
IND1086	% di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0	44,5	53,6	≥50%	Mantenimento
IND1087	% di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0	73,2	65,0	≥50%	Mantenimento
IND1194	% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali	93,1	90,8	≥ 90%	Mantenimento

Nel triennio 2025-2027 si prevede una significativa accelerazione in tema di integrazione Socio-Sanitaria, con l'avvio di progetti volti a migliorare la sinergia tra gli aspetti sanitari e quelli sociali. A tal proposito, il progetto PNRR "Centrale operativa territoriale - interconnessione aziendale" prevede l'utilizzo di strumenti applicativi a supporto degli operatori della centrale operativa territoriale, che devono presidiare la fase di cambio di setting assistenziale di un paziente in carico al territorio, nei contesti di dimissione dall'ospedale o di cambio di setting da territorio a territorio. In questo ambito risulta particolarmente significativa e qualificante l'interazione con il settore sociale, con il quale occorre armonizzare gli interventi al fine di ottimizzarne l'efficacia.

B.3.5 Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi

Nel triennio 2025-2027 costituirà obiettivo prioritario per l'Azienda il mantenimento e l'alimentazione tempestiva di tutti i flussi informativi regionali, nonché dei sistemi di sorveglianze e dei registri di patologia. Le attività eseguite e finalizzate alla tempestività, completezza e qualità dei dati riguarderanno tutti i flussi informativi regionali ospedalieri e territoriali, con particolare attenzione a quelli che confluiscono nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

B.3.5.1 Raccolta dei dati, consolidamento dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze

Relativamente alla gestione delle banche dati e la loro analisi, il DSP garantirà l'aggiornamento del costituendo Portale di Prevenzione Sanità Pubblica "ER-PSP" dell'Emilia-Romagna.

Il DSP continuerà ad impegnarsi nel garantire l'alimentazione tempestiva del sistema di sorveglianza degli stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla Salute, *Health Behaviour in School-aged Children*), del registro regionale di mortalità, del registro diabetici e del registro dei Certificati di Assistenza al Parto; proseguirà l'aggiornamento del registro regionale dei tumori, rispondendo a quanto indicato dal livello regionale, implementando i casi incidenti relativi agli anni 2021, 2022 e 2023, oltre che al recupero dei dati storici prima del 2017, anno di attivazione del Registro regionale.

Il DSP manterrà l'alimentazione del Registro Tumori naso-sinusal, del Registro mesoteliomi, del Sistema Malattie Infettive. Inoltre, nel triennio proseguirà la registrazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time (AVR-RT), Anagrafe regionale animali da affezione, morsicature, vaccinazioni (ARAA) e dell'Anagrafe animale e monitoraggio malattie infettive, consumo del farmaco, benessere animale (VETINFO).

Continuerà l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e il consolidamento dell'implementazione del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive

Una particolare attenzione verrà data all'implementazione di una nuova piattaforma sulla distribuzione dei rischi ambientali di origine naturale e antropica, assieme a quella delle fragilità sociosanitarie nel territorio di competenza, a supporto di azioni in emergenza della protezione civile (piattaforma INVENTO, in collaborazione con il comune di Bologna).

Inoltre, nello stesso periodo verranno portate avanti anche i seguenti sistemi di sorveglianza:

- Malattie Professionale (MalProf)
- Infortuni mortali sul lavoro (InforMo)
- Attività degli ambulatori di medicina del lavoro – sperimentale per RER (Marel)
- Sorveglianza provvedimenti emessi – sperimentale per RER (Previs)
- Traccia le movimentazioni delle transazioni commerciali di alimenti (TRACES)
- Sistema di allerta (IRASFF)
- Sorveglianza fauna selvatica (presso il Servizio Epidemiologico Regionale presso l'IZS)
- SICER (elenco degli stabilimenti)

B.3.5.2 Adempimenti nei flussi informativi

Per quanto riguarda la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), l'Azienda, a seguito dell'avvio del nuovo sistema di Accettazione Dimissione Trasferimento pazienti, proseguirà nell'implementazione del nuovo applicativo unico interaziendale di lista di attesa dei ricoveri. Verranno attivati cruscotti dinamici per il monitoraggio in tempo reale di indicatori legati a lista d'attesa, ricoveri e percorsi chirurgici, utili per individuare criticità nel passaggio dei dati tra i vari applicativi e avviare interventi di miglioramento sui processi e sulla qualità dei dati.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE - Flussi informativi SDO	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0530	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	83,53	90,68	93,62	94,19	≥ 90%	Mantenimento
IND0792	% ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	5,11	6,23	6,58	4,51	≤ 5%	Riduzione

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE - ASSISTENZA OSPEDALIERA Sicurezza delle Cure	2022	2023	2024	2024	TARGET	Risultato atteso
IND0910	Flusso SSCL - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure taglio cesareo	82,32	98,65	99,07	94,11	≥ 85%	Mantenimento
IND0722	Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4	92,06	97,36	97,31	95,09	≥ 90%	Mantenimento
IND0944	Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	99,97	99,72	99,63	99,89	≥ 98,5%	Mantenimento

Per quanto riguarda il Flusso Informativo PS (EMUR), nel triennio 2025-2027 le attività saranno orientate a migliorare la tempestività e la qualità di invio dei dati in regione, a seguito dell'avvio del nuovo applicativo di PS in attuazione degli adempimenti previsti dal PNRR.

Le linee strategiche e le priorità di intervento per la riorganizzazione della rete Emergenza -Urgenza contribuiscono complessivamente alla revisione e ottimizzazione dei flussi separando l'emergenza tempo dipendente e complessa dall'urgenza a bassa complessità.

		Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE - Flusso informativo PS	2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0534	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	99,79	99,66	94,39	98,42	≥ 98%	Miglioramento

Per quanto riguarda il Flusso Informativo ASA, l'Azienda sarà impegnata nel triennio 2025-2027 nel migliorare la tempestività e la qualità dei dati raccolti. Si passerà ad una nuova piattaforma informatica di raccolta e di invio di tutti i dati in Regione, che verrà uniformata a quella già presente presso IRCCS AOU Bologna, poiché numerosi sono gli applicativi informatici comuni tra le due Aziende. Si darà corso al progressivo passaggio ad un nuovo modello di rendicontazione regionale, che prevede la raccolta dei dati di specialistica ambulatoriale su due flussi specifici, ovvero prescrizioni dematerializzate con relativa chiusura dell'erogato dema e casistica day service/ricetta rossa.

		Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flusso informativo ASA	2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0531	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	63,12	61,74	63,32	88,23	> 95%	Miglioramento
IND0895	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA modalità di accesso DSA	47,86	31,23	49,37	55,74	> 70%	Miglioramento

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flusso informativo ASA	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0936	Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	83,63	88,98	88,41	87,11	≥ 95%	Miglioramento

L'Azienda si impegnerà per risolvere le criticità esistenti e per migliorare la qualità nell'invio dei dati del DBO oncologico. In particolare, si porrà attenzione alla corretta identificazione, completezza e corrispondenza dei test genomici per i tumori della mammella e del polmone nei flussi ASA e DBO e alla copertura effettiva flusso DBO su ASA.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flusso Informativo DBO	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0940	Flusso DBO - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	87,93	96,3	86,23	88,34	≥ 95%	Miglioramento
IND1005	Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)	57,69	91,41	82,87	73,45	≥ 85%	Miglioramento

In merito ai flussi farmaci e dispositivi medici (FED, AFO, DIME), l'Azienda sarà impegnata per superare le criticità emerse con l'avvio del progetto GAAC per la gestione dell'invio dei tre flussi e per il completo utilizzo del FlowManager su tutti i flussi informativi dell'ambito farmaceutico. Si parteciperà al gruppo di lavoro regionale nell'ambito della cabina di regia del progetto GAAC, che vede coinvolte tutte le Aziende regionali. Le esigenze informative verranno mappate e i dati saranno resi disponibili attraverso apposite viste, che saranno utilizzate per attivare sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza tra i dati trasmessi tramite i flussi e quelli economici. Si collaborerà inoltre con la Regione per ottimizzare l'integrazione tra GAAC e il nuovo software regionale CURE, al fine di migliorare la qualità dell'invio dei dati anche nel flusso FED.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flussi Informativi tempestività e aggiornamento	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0532	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	90,27	95,63	96,55	93,67	> 85%	Mantenimento
IND0892	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	90,23	99,33	99,53	94,25	> 95%	Mantenimento

		Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flussi Informativi tempestività e aggiornamento	2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0893	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	98,88	98,89	98,37	91,54	> 85%	Mantenimento
IND0533	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	98,0	99,9	92,2	86,3	> 90%	Mantenimento

Nel triennio 2025-2027 proseguiranno le attività previste dal Flusso SIAR (Sistema Informativo Socio-assistenziale e Riabilitativo) finalizzato alla raccolta dei dati relativi ai trattamenti socio-assistenziali e riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di recupero e mantenimento, erogati nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, previa presa in carico dell'assistito da parte della struttura, prima valutazione multidimensionale iniziale e predisposizione di un progetto individuale assistenziale e riabilitativo. Dovranno essere coinvolte tutte le strutture accreditate e non, migliorare la qualità dei dati inseriti e ridurre il numero di scarti.

Per quanto riguarda il Flusso SICOE - NSIS Sistema informativo dei consultori familiari, proseguiranno nel triennio 2025-2027 le attività volte a rilevare correttamente anche le prestazioni di coppia/famiglia e l'attività della Pediatria.

L'Azienda proseguirà infine le attività per migliorare la qualità del dato del flusso Assistenza Domiciliare (ADI) partecipando in modo attivo e proattivo a tavoli regionali e ministeriali che hanno come principale obiettivo l'identificazione di ambiti di assistenza domiciliare oggi non rilevati nel flusso informativo, ma che dovranno essere attenzionati per avere una corretta rappresentazione di tutta l'attività domiciliare medica ed infermieristica.

		Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE- Flussi Informativi tempestività e aggiornamento	2022	2023	2024	2024		Risultato atteso
IND0907	Pazienti ≥65 anni presi in carico in ADI - PNRR	10,93	11,04	10,7	11,51		Miglioramento
IND0289	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	55,14	52,03	52,48	49,79	≥ 50%	Mantenimento

B.3.6 POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)

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

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile, prevedendo, per le attività che possono essere svolte in tale modalità, una quota di dipendenti che possano avvalersene, garantendo che

gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Il POLA 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, e della qualità dei servizi erogati.

Il documento rappresenta per l'Azienda uno strumento utile per il 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.

Il Piano, redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34/2020, che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, è stato adottato con Delibera n. 279 del 30/07/2021; lo stesso è stato aggiornato con Delibera n. 392 del 28/10/2022, confermandone 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.

In adempimento a quanto previsto dal POLA, l'Azienda ha adottato, con Deliberazione n. 280 del 30/7/2021, il "Regolamento per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali".

Si precisa infine che, per il triennio 2023-2025, è stato ritenuto opportuno mantenere lo standard precedentemente definito per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso, al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di "change management".

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, al pari di quella privata, 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").
- verterà su 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. Dovrà anche essere abbandonata la convinzione che una prestazione lavorativa di qualità sia solo quella resa in presenza e consolidata la capacità di creare un vero patto fiduciario tra Azienda e lavoratore, basato sui principi di flessibilità organizzativa, condivisione degli obiettivi e responsabilizzazione al raggiungimento dei risultati, autonomia nell'organizzazione del lavoro, benessere del singolo lavoratore volano di benessere organizzativo.
- Sarà volta a potenziare le competenze digitali complessive e trasversali ai diversi profili professionali.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND1160	% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	3,56	3,89	4,49	4,58	-	Miglioramento
IND1161	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	34,38	16,81	26,12	25,19	-	Miglioramento
IND1162	% giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	18,36	5,75	6,50	3,68	-	Miglioramento

Per le linee strategiche e le priorità di intervento della sottosezione nel triennio 2025-2027 si rimanda al "Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027" (Allegato 1).

B.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale

B.4.1 Governo delle Risorse Umane

Nel 2025 l'Azienda USL di Bologna ha predisposto la proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2025–2027, che, a seguito dell'approvazione regionale, confluirà come sottosezione del PIAO, in coerenza con le linee guida regionali e il quadro normativo nazionale. Il piano, di natura dinamica e gestionale, consente una programmazione flessibile del personale in base alle effettive esigenze organizzative. Tale piano tiene conto anche delle esigenze degli IRCCS, prevedendo posti dedicati al personale della ricerca.

La sua attuazione, per il periodo di riferimento, sarà modulata per garantire coerenza con la programmazione sanitaria regionale, con particolare attenzione alla riduzione delle liste di attesa, al rafforzamento della rete emergenza-urgenza e alla copertura di professionalità carenti.

Ricerca

Per quanto riguarda il personale della ricerca l'Azienda USL di Bologna – IRCCS ha integrato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025-2027 con un'apposita sezione.

L'IRCCS focalizza le proprie attività nella realizzazione del Piano Triennale della Ricerca Corrente, rinnovato dal Ministero nell'ambito della Programmazione Triennale della Ricerca Corrente 2025-2027, nonché nella realizzazione dei progetti derivanti dalla partecipazione a bandi competitivi, ivi compresi i bandi del PNRR.

Strutture complesse

In coerenza con le linee guida emanate e gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015, saranno affidati, previa autorizzazione regionale, gli incarichi di struttura complessa.

Stabilizzazioni e verticalizzazioni

Con riferimento alle procedure ex art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 nel corso del 2025 è stata stabilizzata n. 1 unità di personale infermieristico entro il primo semestre; nel secondo semestre sono in programmazione le stabilizzazioni di altre 4 unità di personale delle professioni sanitarie.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)

L'Azienda proseguirà a collaborare con la Regione per l'attuazione del progetto GRU, per lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia e assicurando l'uso esclusivo dei moduli già implementati. Attraverso i Servizi Unificati Metropolitani, contribuendo all'elaborazione di criteri interpretativi condivisi e all'armonizzazione delle politiche del personale.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO. SS

L'Azienda mantiene relazioni costruttive con le Organizzazioni Sindacali, puntando su efficienza, sostenibilità economica, anche attraverso la valorizzazione del personale, con attenzione sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. L'Azienda porta avanti un confronto sulle prospettive occupazionali future, in particolare rispetto a innovazione, stabilizzazioni e tutela della genitorialità. Per il triennio 2025-2027, rilevanti sono gli accordi regionali con le OO.SS. su innovazione del sistema sanitario, riduzione del precariato e stabilizzazione del personale flessibile.

Le azioni di governo delle risorse umane che questa Azienda intende perseguire in continuità con gli anni precedenti, in coerenza con le direttive della Regione Emilia-Romagna e nel rispetto delle previsioni annuali di costo per le risorse umane, si svilupperanno in conformità con il piano triennale dei fabbisogni del personale.

In linea generale il quadro di riferimento è costituito dalle indicazioni della Regione Emilia-Romagna, in coerenza con gli obiettivi sulle risorse umane assegnati nonché con le indicazioni contenute nel Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In tal senso l'Azienda orienterà la sua azione al fine di:

- garantire un costante monitoraggio dell'utilizzo delle risorse acquisite e dei relativi costi, per fronteggiare i fabbisogni legati al turnover del personale, all'attivazione di ulteriori progettualità, nonché a dare continuità alla stabilizzazione progressiva dei rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero-professionali);
- garantire il monitoraggio del personale dipendente ed atipico, secondo gli obiettivi regionali assegnati nel corso di ciascun anno;
- garantire l'utilizzo dell'istituto delle prestazioni aggiuntive secondo quanto definito annualmente nell'ambito della programmazione regionale;
- garantire gli adeguamenti necessari all'applicazione degli istituti giuridici ed economici sottoscritti nei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- proseguire i percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza, ai sensi dell'articolo 20, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 75/2017 e l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione alle indicazioni regionali in materia di superamento del precariato anche rispetto alle previsioni di cui all'art.1 – comma 268 lett.b) – della Legge n.234/2021, cosiddetta "Stabilizzazioni Covid", compatibilmente con l'evoluzione del quadro normativo nazionale;

La programmazione delle risorse terrà inoltre conto della necessità dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna" (ISNB). L'Azienda terrà conto anche delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

B.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

B.5.1 Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza

In linea con gli indirizzi nazionali, le linee strategiche di prevenzione della corruzione del prossimo triennio sono orientate a:

- digitalizzare le procedure, strutturando maggiormente i flussi informativi anche dal punto di vista dell'utente interno, relativamente al rispetto degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento e dalla normativa in materia di trasparenza e contratti pubblici;
- reingegnerizzare i processi clinico-assistenziali, valutando, dopo una preliminare fase di analisi e studio delle metodologie e strumentazioni più efficaci, l'acquisizione di un applicativo informatico che consenta una mappatura completa dei processi, allo scopo di definire e mettere in atto azioni di miglioramento delle attività;
- rafforzare la trasparenza amministrativa, attraverso misure tese a rendere possibile una migliore comprensione e un maggior coinvolgimento della cittadinanza, anche e soprattutto sui progetti PNRR;
- rafforzare l'imparzialità amministrativa, con la previsione di misure tese a consolidare la gestione del conflitto di interessi, in particolare nelle procedure di affidamento degli appalti e concessioni, e di misure di riduzione del fenomeno del pantouflage e di iniziative formative incentrate sulla cultura dell'etica.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,2	99,8	100	-	Mantenimento
IND0818	% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	59,7	64,46	69,3	67,9	>60%	Mantenimento

Per le linee strategiche e le priorità di intervento della sottosezione nel triennio 2025-2027 si rimanda alla "Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza 2025-2027" (Allegato 2).

C DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

C.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

C.1.1 Attività di ricerca

L'Azienda USL di Bologna si dota, con cadenza triennale, di un Piano Aziendale per la Ricerca (PAR), che prevede lo sviluppo di Piani Azioni a cadenza annuale. Il PAR 2025-2027 dell'Azienda USL di Bologna stabilisce le linee guida strategiche e gli strumenti di governance aggiornati per la ricerca sanitaria, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra assistenza, formazione e ricerca. Le linee di ricerca individuate nel PAR sono approvate dall'Osservatorio Aziendale per lo Sviluppo e l'Innovazione (OASI). Questo piano è in linea con le direttive regionali e nazionali, che considerano la ricerca un elemento cruciale per lo sviluppo strategico del servizio sanitario e una funzione istituzionale fondamentale, al pari dell'assistenza e della formazione.

Nel triennio 2025-2027 sono identificate le seguenti linee prioritarie:

- ricerca sui modelli organizzativi sanitari (*health service research*) soprattutto relativi alla *transitional care* ed evoluzioni della *primary care* ed *intermediate care*;
- ricerca clinica traslazionale che parta da quesiti ed aree grigie rilevate dal mondo professionale su cui esiste in Azienda un'effettiva *research capacity*;
- ricerca sulle strategie di partecipazione e promozione dei cittadini (ad es. Community building, Case della Comunità);
- ricerca su prevenzione e promozione della salute;
- ricerca qualitativa nei diversi setting sanitari.

Tra gli interventi che verranno messi in atto vi è la formazione allo scopo di potenziare le competenze metodologiche dei professionisti in tutte le fasi di sviluppo del progetto di ricerca, dalla definizione del quesito alla capacità di svilupparlo, di analizzare i dati e valutare i risultati fino alla pubblicazione scientifica. La formazione si rivolgerà a tutto il personale coinvolto nella ricerca. Partendo dalla rilevazione del bisogno formativo, il Piano, prevede un livello applicato e orientato a costruire una comunità di pratica capace di sviluppare ricerche indipendenti coerenti agli obiettivi aziendali. La metodologia didattica si baserà prevalentemente sul modello "*learning by doing*" identificando equipe di ricerca esistenti o in costruzione (ad esempio come conseguenza di bandi locali di ricerca indipendente).

Gli interventi saranno volti a creare opportunità per l'elaborazione di protocolli di ricerca attraverso:

- *fundraising* (monitoraggio delle innovazioni nel settore della ricerca sanitaria; identificazione di nuove opportunità di finanziamento e partnership, sia pubbliche che private);
- riorganizzazione e supporto alla ricerca (verifica periodica delle esigenze dei ricercatori per migliorare il supporto fornito; ridefinizione dei ruoli e delle funzioni di SUMERI e dei facilitatori per un'azione più efficace; potenziamento del supporto metodologico per la progettazione e conduzione degli studi; implementazione di strategie di comunicazione per diffondere in modo efficace informazioni sulle opportunità di ricerca);
- investimenti e valorizzazione della ricerca (allocazione strategica di risorse dal Fondo Aziendale della Ricerca (FAR) e dal Fondo del Comitato Etico, per incentivare la ricerca indipendente e aumentarne la visibilità con bandi di ricerca indipendente);
- sviluppo di networking e collaborazioni (rafforzamento delle relazioni con enti di ricerca nazionali e internazionali, pubblici e privati; sviluppo di reti integrate tra ospedali, case della salute e ambulatori);
- ottimizzazione della governance della ricerca (revisione condivisa delle procedure aziendali

e interaziendali per migliorare l'efficienza gestionale dei progetti di ricerca).

C.1.2 Attività di ricerca IRCCS delle Scienze Neurologiche

Per quanto riguarda le attività dell'IRCCS ISNB, è innanzitutto importante segnalare che nella seconda metà del 2025 avrà inizio il percorso per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto.

L'attività scientifica dell'Istituto si svilupperà nel triennio 2025-2027 secondo la Programmazione Triennale 2025-2027 degli IRCCS approvata in data 20/12/2024 con Decreto Direttoriale del Dipartimento della Prevenzione, Ricerca ed emergenze sanitarie ai sensi dell'articolo 4 del citato D.P.R. n. 213/2001. In particolare, le quattro linee di ricerca dell'Istituto approvate dal Ministero della Salute nell'area tematica Neurologia hanno in comune l'obiettivo di sviluppare una medicina "real world" effettivamente personalizzata e di precisione per la diagnosi e cura delle patologie Neurologiche e Neuropsichiatriche dell'adulto e dell'età evolutiva, delle patologie neurologiche acute e delle patologie di interesse neurochirurgico e neuro-oncologico, utilizzando sia gli strumenti clinici e tecnologici avanzati sviluppati e disponibili in Istituto (innovativi markers neurofisiologici, di neuroimaging e di laboratorio, biochimici, omici ed isto-morfologici) sia sfruttando l'appartenenza a reti nazionali ed Internazionali nelle quali l'istituto è attivo:

- Linea di Ricerca 1: malattie neurologiche e neuropsichiatriche dell'età adulta e dell'invecchiamento cerebrale: basi genetiche, meccanismi patogenetici, *deep phenotyping* e terapia personalizzata;
- Linea di Ricerca 2: malattie neurologiche e neuropsichiatriche acute e croniche dell'età evolutiva: basi genetiche, meccanismi patogenetici, *deep phenotyping* e terapia personalizzata;
- Linea di Ricerca 3: neurologia d'urgenza;
- Linea di Ricerca 4: neurochirurgia, oncologia del sistema nervoso neuropatologia oncologica.

Le strutture cliniche ed i laboratori dell'Istituto contribuiranno sinergicamente alla realizzazione di modelli cellulari di malattia, compresi organoidi, del singolo paziente fino alla realizzazione, con strumenti di AI e deep learning, di gemelli digitali.

Le attività in particolare saranno caratterizzate sia dallo sviluppo e dalla conclusione dei progetti assegnati nell'ultimo biennio, tra cui si segnalano:

- progetti assegnati nell'ambito dei bandi PNRR Missione 6, componente C2: Investimento, C2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN finanziato dall'Unione Europea (Avviso 2022 e Avviso 2023):
 - ✓ Drug discovery and repurposing to find a treatment for Lafora disease (DEFEAT –LD);
 - ✓ Multi-omics for primary mitochondrial myopathies: deep genetic investigations to optimize diagnosis and prognosis and to elucidate the associated pathomechanism (MitoMyOmics);
 - ✓ Neurobiological fingerprinting of Parkinson's disease to identify trajectories and personalized therapeutic targets from prodromal to advanced disease stages: a clinical, genetic, biochemical and MRI study;
 - ✓ Testing the potential of foodborne lactic acid bacteria to mitigate autism spectrum disorder symptoms: a translational study with *Lactiplantibacillus plantarum*;
 - ✓ Isolated REM sleep without atonia as a risk factor for REM sleep behavior disorder. Constitution of a cohort for a long-term prospective follow-up study (DREAMER);

- ✓ Window on the brain: diagnostic, therapeutic and prognostic sonication of patients with disorder of consciousness (WOB);
 - ✓ Towards therapies for mitochondrial diseases;
 - ✓ Motor pre-habilitation by repetitive navigated Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for Surgery of Motor-Eloquent Gliomas (PRECOG);
 - ✓ Integrating sleep-wake oscillatory activities and liquid biopsy as innovative biomarkers for multimodal diagnosis in preclinical and prodromal Alzheimer's disease;
 - ✓ Identification and validation of novel diagnostic and prognostic blood biomarkers for Parkinson's disease and other Lewy body-related disorders by seeding amplification assay and multiplex proteomics.
- bandi PNRR Ministero dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute:
 - ✓ Progetto PNC-A: Dare Digital Life Long Prevention;
 - ✓ Partenariato Esteso (MUR) 12 – Neuroscienze and Neuropharmacology: A multiscale approach to the study of the nervous system in health and disease;
 - ✓ La teleriabilitazione in ambiente virtuale per il recupero senso-motorio e cognitivo in pazienti con esiti di stroke e malattia di Parkinson- HomeVirtualRehab;
 - ✓ Rehabilitation with ROBOtics at HOME - ROBOHOME.
 - bandi Europei:
 - ✓ Synthetic Data Generation Framework For Integrated Validation Of Use Cases And Ai Healthcare Applications -SYNTHIA GA 101172872;
 - ✓ European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers "EURACAN": entering phase II – EURACAN23-27".
 - ✓ The European Comprehensive Cancer Centre Network (EUnetCCC JA).

Alle attività già in corso si aggiungerà l'avvio dei progetti derivanti dall'esito delle proposte progettuali presentate ai bandi competitive pregressi cui l'Istituto ha partecipato.

Nell'ambito della programmazione delle iniziative formative gestite dall'Istituto, particolare attenzione sarà dedicata allo sviluppo delle competenze scientifiche dei giovani ricercatori, cui saranno dedicate risorse specifiche.

Saranno assicurati gli adempimenti previsti dal flusso informativo regionale (nuovo flusso SirER) relative alle informazioni di carattere generale e clinico degli studi clinici condotti presso l'Istituto.

La Direzione Generale, unitamente alla Direzione Scientifica, contribuirà al mantenimento/incremento delle cinque categorie principali di attività di ricerca ed assistenziali attese dal Ministero della Salute nel triennio 2025-2027: Produzione Scientifica, Capacità di attrarre Risorse, Attività Assistenziale, Capacità di operare in Rete, Trasferimento Tecnologico.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	IRCCS ISNB			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND1171	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore - IRCCS ISNB*	1,9	1,8	1,88	-	-	Mantenimento
IND1172	Impact Factor normalizzato - IRCCS ISNB*	1181,62	1337,6	1601,54	-	-	Mantenimento

* Pubblicazioni rendicontate ed approvate nell'anno di riferimento dal Ministero della Salute

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO e IRCCS 2024
Azi023	N. trial clinici approvati dal CE	31
Azi024	N. studi osservazionali approvati dal CE	145
Azi025	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	92
Azi026	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	279

C.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo

C.2.1 Valorizzazione del capitale umano

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda sarà chiamata a consolidare e implementare pienamente i percorsi regolamentari di conferimento e valorizzazione degli incarichi, in coerenza con le indicazioni previste dai CCNL via via aggiornati e con l'evoluzione dei modelli organizzativi. Tale impegno si tradurrà in un consolidamento del modello di mappatura delle competenze, aggiornamento delle responsabilità e costruzione di percorsi di crescita professionale.

L'intero processo sarà ispirato ai principi della valorizzazione del merito, del riconoscimento dell'impegno e delle responsabilità assunte, dello sviluppo delle competenze specialistiche e trasversali, nonché della promozione dell'autonomia operativa.

In questa prospettiva, si rafforza un modello organizzativo orientato alla valorizzazione del capitale umano come leva strategica per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dell'efficacia dell'azione pubblica, riconoscendo nelle persone una risorsa centrale per l'innovazione e la sostenibilità del sistema sanitario.

C.2.1.1 Percorsi formativi innovativi per lo sviluppo delle competenze professionali, digitali e manageriali

Coerentemente alle indicazioni regionali e aziendali, la programmazione formativa prevede prioritariamente le seguenti macroaree di intervento:

Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute Componente: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale Investimento: M6C2 I2.2 Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario Sub-investimenti: M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

L'Azienda, al 30 giugno 2026, dovrà complessivamente formare e rendicontare n. 3.148 professionisti sanitari ospedalieri che abbiano completato il percorso formativo sul tema delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero. Il corso è costituito da un modulo A - corso FAD regionale propedeutico al percorso successivo e moduli B-C – corsi di formazione residenziale interattiva e training individualizzato con approfondimenti pratici e sessioni interattive, simulazioni e formazione sul campo. Al 30 giugno 2025 sono stati formati 2.058 professionisti sanitari ospedalieri; sono inoltre programmate ulteriori 14 edizioni per il periodo settembre - dicembre 2025 e si proseguirà nell'erogazione della formazione anche nel 2026.

Piano/Missione 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 (FSE) - Potenziamento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario

Il piano Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, prevede una formazione FAD generale pianificata dalla Regione Emilia-Romagna e una formazione specifica progettata ed erogata dalle singole Aziende.

Il percorso FAD regionale "Fascicolo sanitario Elettronico 2.0" è rivolto a tutti i professionisti aziendali, mentre per la formazione specifica, prevede 16 webinar rivolti a target di prescrittori specifici, in base agli applicativi aziendali utilizzati, secondo le indicazioni Ministeriali (es. compilazione certificato vaccinale attraverso soluzione applicativa, compilazione e firma digitale dei referti di laboratorio attraverso LIS, compilazione e firma digitale dei referti di radiologia attraverso RIS-PACS, compilazione e firma digitale dei referti di specialistica ambulatoriale attraverso cartella clinica ambulatoriale, compilazione e firma digitale dei verbali di PS attraverso applicativo, compilazione e firma digitale dei referti di anatomia patologica attraverso soluzione applicativa, compilazione schema terapeutico terapia anticoagulante orale).

Si sottolinea inoltre che i webinar programmati nell'ultimo trimestre anno 2025, proseguiranno nell'anno 2026, saranno registrati e successivamente resi disponibili su piattaforma SEL PA regionale.

Percorsi formativi innovativi per lo sviluppo di competenze manageriali - PNRR Formazione Manageriale

In riferimento al tema organizzato dalla Regione Emilia-Romagna, l'Azienda provvederà alla sensibilizzazione e al reclutamento dei professionisti che aderiranno al percorso formativo secondo i seguenti criteri:

- personale che ricopre ruoli apicali all'interno degli enti del Servizio Sanitario Regionale/Provinciale;
- esperienza lavorativa qualificata nel Servizio Sanitario Regionale/Provinciale, attinente alla professionalità relativa al corso di formazione manageriale;
- ricoprire un incarico di direzione/responsabilità/coordinamento dell'ente, dell'azienda, della struttura o dell'organismo ovvero di una delle sue articolazioni, a seguito di formale conferimento;
- età anagrafica 35/50 anni e non superiore a quella prevista dalle vigenti norme per il collocamento a riposo obbligatorio.

Sviluppo delle competenze professionali - Il Dossier Formativo

Gli accordi della Conferenza Stato - Regioni indicano come priorità la necessità di giungere a una formazione pianificata e organizzata che contemperi le specificità professionali degli individui con il contesto e con i più generali interessi della cura e dell'assistenza sanitaria. In tal senso, il Dossier Formativo (DF) è da considerarsi lo strumento operativo per rendere concreta questa priorità, attraverso una programmazione triennale di sviluppo di competenze.

Per quanto attiene il triennio di riferimento 2025-2027, la Formazione Aziendale, in continuità con i trienni precedenti, nel mese di dicembre 2025, sarà orientata alla costruzione del DF triennale di singola macroarticolazione (anni 2026-2028), strumento di programmazione e valutazione triennale di sviluppo delle competenze professionali, relazionali, organizzative e manageriali, proprio delle macroarticolazioni/dipartimenti di produzione. In particolare, il DF prevede la definizione di obiettivi, finalizzati allo sviluppo, miglioramento, mantenimento e condivisione delle competenze dei singoli professionisti e/o della comunità professionale coinvolta.

Il Direttore di macroarticolazione, supportato dal referente formazione dipartimentale e con la collaborazione del facilitatore formazione di riferimento, identifica gli obiettivi prioritari di struttura a forte valenza formativa, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale; con il supporto dell'esperto disciplinare, professionista con esperienza in ambito formativo e competenza nella disciplina scientifica, in relazione a uno o più ambiti clinico-assistenziali, provvede alla declinazione degli obiettivi formativi individuando il risultato atteso a fine triennio nonché i risultati attesi annuali, attraverso indicatori misurabili.

Sviluppo delle competenze professionali - Il Dossier Formativo Trasversale

Si prosegue per il triennio 2026-2028, alla definizione del Dossier Formativo Trasversale (DFT), strumento di pianificazione triennale che si affianca al DF di macroarticolazione ma è finalizzato all'attuazione di programmi e di percorsi aziendali trasversali di integrazione orizzontale di particolare rilevanza. L'area tematica core del triennio, ancora in corso, ha posto il focus sul tema della cronicità; per il prossimo triennio il nuovo obiettivo sarà definito in base alle indicazioni della Direzione Aziendale.

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Per realizzare programmi formativi in grado di rispondere agli obiettivi regionali di cambiamento, è necessaria innovazione continua nelle modalità e strumenti formativi utilizzati, il lavoro in rete e la valutazione della trasferibilità degli apprendimenti e dell'impatto della formazione nelle organizzazioni. L'UO Formazione prevede ormai da diversi anni la progettazione di eventi formativi *blended*, con alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) che prevedono la valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Corsi area sicurezza aziendali e regionali

Proseguirà per il prossimo triennio il supporto all'UO Prevenzione e Protezione nell'organizzazione diffusione, erogazione e rendicontazione della formazione aziendale e regionale sulla sicurezza. L'UO Formazione inoltre concorre a supportare le singole macroarticolazioni nel raggiungimento degli obiettivi regionali, diffonde e incentiva la partecipazione dei professionisti, ai corsi della collana SELF PA regionale. Dovranno essere inoltre rafforzate le conoscenze da parte dei professionisti in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia e adolescenza.

Salute nelle carceri

È in programmazione un evento formativo aziendale sull'appropriatezza prescrittiva negli Istituti penitenziari secondo le indicazioni della circolare 10/2024 ad oggetto: "Raccomandazioni regionali per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare psicotropi e analgesici, all'interno degli istituti penitenziari della Regione Emilia – Romagna.

Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Prosegue la diffusione dell'informativa alle diverse macroarticolazioni aziendali per sollecitare la partecipazione degli operatori, per singola disciplina, al corso FAD SELF PA regionale sulla Dispositivo-vigilanza

C.2.1.2 I sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Nel triennio 2025-2027, l'organizzazione si impegna a migliorare significativamente i sistemi di valutazione delle competenze, integrando strumenti sempre più avanzati e digitalizzati che consentano una rilevazione puntuale e trasparente degli esiti. In particolare, il percorso di valutazione e le fasi connesse saranno progressivamente digitalizzate all'interno della piattaforma GRU, garantendo maggiore efficienza, tracciabilità e facilità di accesso ai dati. L'intero processo sarà realizzato in piena coerenza e continuità con il Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, già trasmesso e condiviso con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale, assicurando così trasparenza, governance e continuità strategica nell'ottica di un miglioramento continuo delle performance organizzative.

Al fine di garantire sistematicità e correttezza metodologica nelle procedure di valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze, sono stati messi a regime gli strumenti informatici, mediante l'utilizzo del modulo per la valutazione del personale del sistema di Gestione

informatizzata delle Risorse Umane (GRU). All'interno del sistema di valutazione individuale, ogni professionista viene valutato singolarmente, con cadenza annuale o pluriennale, su diverse dimensioni, tra cui: i risultati raggiunti, le attività svolte e le competenze espresse. In particolare, per i professionisti della dirigenza (sia sanitaria sia PTA) e per il personale del comparto titolare di incarichi di funzione, durante la valutazione (dell'anno precedente o pluriennale), è richiesto al valutatore di fissare obiettivi specifici per il futuro. Al termine del percorso di valutazione individuale annuale, il punteggio complessivamente conseguito determinerà la corresponsione di una quota della retribuzione di risultato, in conformità con le modalità previste dagli accordi sul sistema incentivante, sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali. L'esito positivo di una valutazione pluriennale costituisce condizione per la conferma/attribuzione di incarichi ed il riconoscimento dell'indennità economica connessa alla retribuzione di posizione. Anche per i percorsi di valutazione pluriennali (valutazione di fine incarico e valutazione 5-15 anni di attività di servizio), verrà implementato, entro il 2025, l'utilizzo del modulo per la valutazione del personale del sistema di GRU, per tutte le tipologie di schede previste.

Per il biennio 2024-2025, sono stati pianificati due corsi formativi: il primo, dedicato ai responsabili di équipe, centrato sulla valutazione della performance individuale del personale, mirato ad approfondire gli elementi dei processi di valutazione annuale e pluriennale e gli strumenti a disposizione; il secondo di formazione a distanza, sviluppato in collaborazione tra Azienda USL di Bologna e IRCCS AOU di Bologna, Azienda USL di Imola e IRCCS IOR: il corso, sviluppato a livello interaziendale per tutto l'anno 2024 e fruibile per il personale delle quattro Aziende dal mese di gennaio 2025, ha carattere prettamente informativo in merito ai percorsi di valutazione della performance individuali aziendali, sia annuale sia pluriennale.

Per il triennio 2025-2027, l'Azienda si impegnerà a consolidare i risultati finora conseguiti, continuando altresì a operare in conformità con le indicazioni trasmesse dagli organismi regionali, in un'ottica di continuo aggiornamento e miglioramento.

C.2.1.3 Percorso formativo nelle Case della Comunità CasaCommunityLab (CCLaB)

Il CCLaB è un percorso formativo che, in applicazione del DM77/2022 e in linea con gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, persegue la finalità di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità, a partire dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali e gli stakeholder locali.

Nel 2024 l'Azienda Usl di Bologna ha implementato il percorso di CasaCommunityLab in tre Case della Comunità: Porto Saragozza, Savena (entrambe afferenti al Distretto di Bologna) e San Lazzaro di Savena (Distretto San Lazzaro di Savena-Idice). Tale attività è stata inoltre inserita nel Piano programma per le azioni di partecipazione, equità e umanizzazione delle cure (2022-2024) promosso dall'omonimo Board Aziendale (PEU), che prevede all'interno dell'area-partecipazione la promozione di percorsi integrati di consultazione e di confronto tra cittadini, comunità e articolazioni aziendali, in particolare per supportare la transizione dalle Case della Salute alle Case delle Comunità. All'interno delle tre Case della Comunità si sono formati gruppi di lavoro che si sono caratterizzati per multidisciplinarietà e multi-professionalità.

Nel triennio 2025-2027 si prevede di:

- Consolidare i progetti di CasaCommunityLab avviati nei due Distretti durante il 2024 (Bologna e San Lazzaro)
- Avviare e implementare nuovi progetti di CasaCommunityLab negli altri Distretti dell'Azienda (Pianura Est, Pianura Ovest, Appennino e Reno, Lavino, Samoggia)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	TARGET
IND1201	Progettazione e attuazione di progetti distrettuali di CasaCommunityLab di partecipazione, innovazione e cambiamento organizzativo e relazionale	≥1

D. DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

D.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria

D.1.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda USL di Bologna sarà impegnata a garantire la sostenibilità economica e a promuovere una maggiore efficienza operativa, anche attraverso un attento presidio della gestione economico-finanziaria. L'obiettivo è assicurare, in una prospettiva di lungo periodo, l'equilibrio strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo al contempo i livelli di servizio attualmente raggiunti nell'erogazione dei LEA. Particolare rilievo sarà dato all'attuazione di interventi mirati alla revisione dei costi operativi, con un focus specifico sui fattori produttivi a più elevato impatto in termini di risorse assorbite.

In coerenza con gli obiettivi di mandato attribuiti alla Direzione Generale, l'Azienda si impegna a conseguire i risultati economico-finanziari stabiliti annualmente dalla programmazione regionale. In particolare, la Direzione aziendale sarà chiamata a garantire:

- il conseguimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale, in sede di definizione annuale delle linee di programmazione e finanziamento;
- il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- la partecipazione al sistema di monitoraggio regionale della spesa del SSR;
- l'utilizzo in maniera efficiente delle risorse disponibili.

Infine, l'Azienda garantirà un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Azienda USL BO			RER 2024	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024			Risultato Atteso
IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-10,99	-6,62	-6,18	-	≤ 0	Mantenimento
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,6	13,84	14,52	19,32	-	
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	39,41	40,0	38,92	29,79	-	
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	10,75	9,75	9,77	11,86	-	
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	35,36	35,39	34,58	37,06	-	
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98,03	97,05	94,72	95,59	≥90%	Mantenimento
IND0732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	189,96	198,83	215,83	206,92	-	

D.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR

D.2.1 Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici

Gli investimenti da realizzare con fondi regionali, nazionali e della Comunità Europea e programmati per il triennio 2025-2027 sono i seguenti:

- **Ammodernamento Strutture Sanitarie (Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari – fase V primo stralcio, fase VI e fase VII)**

1. Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 230 del 20/11/2019, successivamente modificata dalla deliberazione n. 33 del 24 novembre 2020, ha approvato gli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari – V fase primo stralcio. L'Accordo prevedeva la realizzazione, per l'Azienda USL di Bologna, di 5 interventi per un totale di € 39.500.000; l'accordo di programma si è perfezionato in data 29/07/2021.

Per i tre interventi APC 24, 25 e 27 sono state comunicate alla Regione (prot. 9506 del 26/01/2023) le previsioni di incremento dei costi a seguito dell'applicazione del nuovo listino regionale dei prezzi per le OO.PP. che è stato adeguato al caro materiali.

Al fine di fronteggiare il maggior costo conseguente al citato aumento dei prezzi dei materiali per l'edilizia, ad inizio 2023 si è avanzata la proposta di riorientare i fondi aziendali derivanti dall'alienazione dell'ex poliambulatorio Tiarini, inizialmente destinati a coprire una parte dei costi dell'intervento APC 25, verso le opere individuate con APC 27 e APC 24, stante che l'importo dell'alienazione copriva le necessità finanziarie incrementalmente dei suddetti interventi. La proposta è stata accolta con DGR 181 del 13/02/2023. L'intervento APC25 - Nuova maternità e pediatria con ampliamento del PS per area ortopedica e pediatrica presso l'Ospedale Maggiore è stato quindi revocato dall'Accordo di Programma V fase e riproposto con aggiornamento nella programmazione della VI fase.

Lo stato di attuazione dei quattro interventi rimanenti (per un importo finanziato complessivo di 8.500.000 €) è il seguente:

- per gli interventi relativi a lavori, i cui finanziamenti sono stati erogati come da Determinazione del Responsabile Area Strutture e Patrimonio della Regione Emilia-Romagna n. 7720 del 13/04/2023:
 - o APC 27 Casa della Salute di San Lazzaro di Savena: lavori in fase di realizzazione
 - o APC 24 Centro ambulatoriale, riabilitazione e uffici di Vergato: lavori terminati il 06/07/2024 e attualmente in fase di collaudo - prevista attivazione della struttura nel 2025.
- gli interventi relativi a forniture ammessi a finanziamento con decreti dirigenziali del Ministero della Salute del 03/02/2022 e DGR n.8096 02/05/2022 (APC 23 e APC 26) sono stati completati

2. Accordo di Programma VI fase

Con Delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna 127 del 20/06/2023 sono stati approvati gli interventi proposti con DGR 630 del 26/04/2023 al fine dell'inserimento nell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari, ai sensi dell'art.20, L. n. 67/88 - VI fase.

Con l'Accordo di Programma VI fase sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 08/01/2025 è prevista, per l'Azienda USL di Bologna, la realizzazione di tre interventi per un totale di 54.300.000 €.

L'elenco degli interventi dell'Accordo di Programma VI fase comprende:

- APE 13 Realizzazione del Polo Materno-Pediatrico presso l'Ospedale Maggiore (in sostituzione di APC 25 come precedentemente indicato);
- APE 14 Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macro-vulnerabilità locali;
- APE 15 Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica.

I progetti relativi a tali interventi dovranno essere presentati al Gruppo Tecnico Regionale per la loro valutazione al fine dell'invio al Ministero della Salute, da parte della Regione, della richiesta di ammissione al finanziamento, che dovrà avvenire entro il 07/07/2027.

3. Accordo di Programma VII fase

Con Delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna 158 del 12/03/2024 è stata approvata la DGR 211 del 12/02/2024 recante: Interventi del Programma pluriennale di investimenti in Sanità ai sensi dell'art. 20 della L. n. 67/1988 - VII fase per un importo complessivo di € 10.279.000, di cui finanziamento Stato/Regione per € 8.279.000 e altri finanziamenti per € 2.000.000.

L'elenco comprende:

- APF 20 Ospedale Bellaria – Padiglione C – Restauro con miglioramento sismico – Acquisizione arredi e attrezzature
- APF 21 Casa della Comunità di Castel Maggiore - Bologna
- APF 22 Ristrutturazione per centro MMG e uffici distrettuali – Porretta Terme
- APF 23 Acquisizione kit per telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto.

La progettazione degli interventi sarà sviluppata a seguito dell'approvazione dell'Accordo di Programma.

Dopo la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, gli interventi saranno presentati al Gruppo Tecnico di valutazione regionale per la loro successiva ammissione al finanziamento.

- **Programma Riqualificazione funzionale del patrimonio edilizio e tecnologico del SSR**

Con DGR 2030 del 27/11/2023 la Regione Emilia-Romagna ha approvato gli interventi:

- o Ospedale di Loiano - Interventi di manutenzione straordinaria ed acquisizione tecnologie biomediche per il potenziamento dei servizi sanitari per l'importo di € 1.500.000,00;
- o Rinnovo TAC Ospedale di Vergato per € 335.000 (intervento concluso)
- o Acquisto defibrillatori per € 297.000 (intervento in corso)
- o Completamento dotazione piccole tecnologie per CAU per € 72.000 (intervento concluso nel 2024).

- **Opere di miglioramento strutturale**

Gli interventi di miglioramento sismico, finalizzati a risolvere le macro-vulnerabilità locali degli Ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna e degli Ospedali di Bazzano, Loiano, Bentivoglio, Budrio e San Giovanni in Persiceto e Ospedale Maggiore Maternità (di cui all'intervento S16 del Programma Regionale Del. A.L. 42/2015 importo complessivo € 4.146.000) risultano completati, tranne l'intervento che interessa la palazzina ambulatori dell'Ospedale Maggiore che non ha potuto essere realizzato durante l'emergenza 2020-2022 per via dell'impatto sulla riduzione di locali, data l'invasività dei lavori, per non ridurre la disponibilità di ambulatori nella fase di ripresa e recupero delle attività ordinarie. Inoltre, si è reso necessario integrare il finanziamento per l'importo di € 800.000 (intervento APE 14 Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macro-vulnerabilità locali).

Per la realizzazione dell'intervento di consolidamento sismico strutture di Villa San Camillo primo stralcio-recupero di edifici danneggiati dal sisma del 2012 è stato ottenuto il benessere della Struttura

Tecnica del Commissario Delegato ed è stato approvato il decreto di assegnazione 1038 del 13/07/2021; l'intervento si concluderà nel corso del 2025.

- **Attuazione del piano di sviluppo dei presidi territoriali – Case della Salute**

Per Azienda USL di Bologna gli interventi previsti nel programma regionale per la realizzazione delle Case della Salute (DGR n. 291/2010) risultano tutti in esercizio.

La programmazione degli interventi sulle Case ora denominate “di Comunità” prosegue con gli interventi previsti nel PNRR e con l'art. 20 L.67/88.

- **Rimozione amianto dagli edifici pubblici**

Il Ministero dell'Ambiente e Tutela del Territorio e del Mare ha destinato ad alcune amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, dove sono comprese anche le Aziende Sanitarie, il finanziamento di interventi di bonifica di edifici pubblici contaminati da amianto.

La Regione Emilia-Romagna ha emanato il bando regionale DGR 476/2020 e DGR 1633/2020, per cui l'Azienda USL di Bologna ha partecipato con i progetti che sono stati inseriti nella graduatoria degli interventi ammessi, per complessivi € 366.200,00:

La realizzazione di tutti gli interventi è stata affidata, come previsto dal bando, entro dicembre 2022, il termine degli interventi è previsto nel 2025.

- **Programma degli interventi dei Piani di Gestione**

Con Delibera della Giunta regionale n. 223/2023 è stato approvato il Programma degli interventi dei Piani di Gestione PG4 e 5, finanziato con le risorse previste dal Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, in cui sono previsti i seguenti interventi PG4 per l'importo di 3.400.000:

- o Ospedale Maggiore - Pronto Soccorso Lavori di realizzazione Open Space codici verdi e bianchi € 1.350.000;
- o Ospedale Bellaria - day service riabilitativo e laboratori neuroscienze (1° stralcio) per € 2.050.000.

L'Accordo di cui al fondo in oggetto è stato ammesso alla registrazione della Corte dei conti il 23/05/2024 al n. 1566.

La Regione ha provveduto a inviare al Ministero della Salute i Documenti di indirizzo alla progettazione e il relativo Atto Regionale di approvazione (Determinazione n. 10612 del 27 maggio 2024 del Responsabile dell'Area Infrastrutture e Patrimonio).

Il Nucleo di valutazione ministeriale ha dato parere favorevole, come da comunicazione RER Prot. N. 1339970 del 06.12.2024 e il contributo è stato assegnato come da Determinazione Regione Emilia-Romagna a firma del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare N. 28413 del 31/12/2024.

- **Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR**

Per quanto riguarda gli investimenti, in via generale, i lavori previsti nel piano dedicato, in ossequio ai vincoli di cui alle normative nazionali e regionali (DGR 1261/2022) in termini di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici, comporteranno un miglioramento dell'efficienza energetica negli edifici di intervento, mentre per gli interventi finanziati con PNRR, (Regolamento UE 241/2021), è previsto il rispetto del principio Do No Significant Harm (DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) 202/852.

Con DGR 659 del 27/04/2023, la Regione Emilia-Romagna ha approvato gli interventi volti alla installazione di infrastrutture di ricarica elettrica per veicoli a basso impatto ambientale, per l'importo complessivo di 76.345 euro, attuazione dell'azione del Programma Regionale FESR 2021/2027 approvato con decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022)5379 del 22 luglio 2022. La progettazione e realizzazione di tutti gli interventi è stata affidata, e il termine degli interventi è previsto nel corso del 2025.

- **Finanziamento ex art.1, co.5 lett. e) D.L. 19/2024**

Con il decreto-legge indicato è stata data copertura all'intervento di Potenziamento dell'assistenza domiciliare (precedentemente previsto nei fondi PNRR Missione 5 "Coesione e inclusione") per € 643.775,58 di cui € 100.944,38 da realizzare nel corso del 2025.

Gli interventi previsti nel progetto riguardano:

- il rinnovo delle attrezzature informatiche per assistenza domiciliare;
- l'acquisto delle tecnologie per estensione progetto coagulazione a distanza, sia per assistenza domiciliare che centri prelievi;
- l'acquisto di venoscopi per reperimento accessi venosi, sia per assistenza domiciliare che per centri prelievi;
- il rinnovo di sonicaid per ostetriche territoriali;
- l'acquisto di sistemi per la riabilitazione del pavimento pelvico;
- l'acquisto di arredi per postazioni per Infermiere/Ostetriche della comunità delle Case della Comunità;
- l'acquisto di auto elettriche per il personale.

- **Sistemi software area amministrativa / tecnica e clinica**

Prosegue nel triennio 2025-2027 l'implementazione di sistemi software dell'area amministrativa / tecnica e clinica, come da programmazione regionale. In particolare:

- Centro regionale sangue – nuovo sistema trasfusionale RER;
- Sistema regionale gestione risorse umane (GRU);
- Sistema per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC);
- Cartella DSM/DP;
- Piattaforma applicativa "SignalER".

- **Tecnologie Biomediche**

Gli investimenti per il triennio 2025-2027, prevedranno il rinnovo e il potenziamento delle tecnologie secondo le seguenti linee di indirizzo:

- necessità di mantenere i livelli di efficienza, sicurezza ed efficacia qualitativa delle prestazioni (grazie a piani di rinnovo definiti anche sulla base di standard internazionali³);
- esigenza di definire standard di prodotto adeguati ai nuovi modelli organizzativi di erogazione dei servizi e di contenimento delle liste di attesa;
- bisogno di definire modelli organizzativi che, anche grazie all'innovazione tecnologica e alla telemedicina, permettano la condivisione delle risorse tecnologiche.

³ "Age profile medical device" del COCIR (European Coordination Committee of Radiological, Electromedical and Medical IT Industries)

Oltre ai sopra citati interventi ex art 20 e a quelli finanziati da PNRR riportati in seguito, orientati prevalentemente al rinnovo tecnologico, la pianificazione degli investimenti nel triennio prevede i seguenti piani di sviluppo/miglioramento:

- *Progetto regionale defibrillatori territoriali* – acquisizione di defibrillatori semiautomatici esterni da distribuire in luoghi e mezzi collettivi coerentemente con il Programma Regionale per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni e in ottemperanza della LEGGE REGIONALE 05 dicembre 2018, n. 19.
- *Progetto regionale KIT* – acquisizione di device per la rilevazione al domicilio di parametri vitali quali misurazione di pressione arteriosa, saturimetria, ECG, temperatura, frequenza Respiratoria e Cardiaca
- *Sistema di visualizzazione integrato* (microesoscopio) per la sala operatoria neurochirurgica con tecnologia per la fluorescenza intraoperatoria associato a corredo di un apparecchio per biopsia digitale con tecnologia confocale
- *Progetti innovazione ISNB*: strumentazione di supporto per laboratori di ricerca e ambulatori IRCCS
- *Potenziamento e innovazione della rete specialistica ambulatoriale* in particolare in ambito pneumologico, dermatologico ed ecografico
- *Innovazione in chirurgia del trauma*: sistemi innovativi (esoscopio) finalizzati ad assicurare precisione ed ergonomicità negli interventi traumatici della colonna vertebrale
- *Estensione del progetto ECG management* dal PS alle esigenze dei presidi con cardiologia o alle strutture territoriali
- *Sicurezza in area critica* grazie al rinnovo di ventilatori polmonari e all'acquisto di un ecografo in terapia intensiva
- *Investimenti finalizzati alla riduzione dei rischi nella movimentazione dei pazienti*
- *Innovazione tecnologica in ambito della chirurgia mini-invasiva e delle dotazioni tecnologiche specifiche*

- **Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera**

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi dell'Art. 2 del Decreto-legge n. 34 del 19/05/2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, e sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera" inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254/2020, è stato approvato dalla Regione con le DGR n. 677/2020 e n. 869/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Il Piano prevede sia l'adeguamento del Pronto Soccorso al fine di creare aree distinte per pazienti potenzialmente Covid o contagiosi in attesa di diagnosi, sia il potenziamento dei posti letto per Terapia intensiva e semintensiva in relazione alla densità demografica sia l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.

Il suddetto piano ha comportato la revisione complessiva della disponibilità di posti letto di terapia intensiva per consentire il raggiungimento dello standard di 0,14 posti letto per mille abitanti, come da indicazioni ministeriali, per consentire al sistema regionale un'assistenza sanitaria sempre più appropriata e sicura ai pazienti che ordinariamente accedono alle strutture ospedaliere in emergenza-urgenza e per attività programmate.

L'intervento di rafforzamento strutturale del SSN, contemplante l'aumento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (TI) e semi-intensiva (TSI) e le ristrutturazioni dei percorsi di accettazione e di PS, è ora incluso nella Linea di investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero nell'ambito della Missione 6 Componente 2 -Innovazione, ricerca e digitalizzazione del

SSN.

D.2.2 Governo degli investimenti PNRR

Il PNRR, che si articola in sei missioni, prevede un finanziamento per l'Azienda USL di Bologna di oltre 94 milioni di euro, dedicato ad aree di intervento che spaziano da interventi edili rivolti alle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere, intesi come nuova costruzione/ristrutturazione/risanamento conservativo/manutenzione straordinaria, all'innovazione del parco tecnologico ospedaliero, dalla digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II), al potenziamento delle cure di prossimità e domiciliari, alla ricerca sanitaria.

Le missioni in cui è interessata l'Azienda USL di Bologna sono:

- Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" che vede coinvolta l'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione.
- Missione 4 "Istruzione e ricerca", che vede coinvolto l'IRCCS ISNB e UO Ingegneria Clinica;
- Missione 6 "Salute", suddivisa nelle Componenti 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) e 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), che vede coinvolti il Dipartimento Tecnico Patrimoniale, l'UO Ingegneria Clinica e l'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione e Il Servizio Unico Metropolitano Economato.

Sulla pagina <https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/pnrr> è data pubblicazione degli interventi in cui l'Azienda USL di Bologna è coinvolta.

L'Azienda ha formalizzato il "Protocollo d'intesa a livello locale in materia di spesa pubblica: PNRR" con la Guardia di Finanza, con il quale è stata definita la reciproca collaborazione, nell'ambito dei rispettivi fini istituzionali e in attuazione del quadro normativo vigente, allo scopo di assicurare la realizzazione del preminente interesse pubblico alla legalità ed alla trasparenza. Ciò permette di rafforzare il sistema di monitoraggio e vigilanza con riguardo all'esecuzione di opere pubbliche o di servizi e all'erogazione di incentivi per cittadini e imprese connessi alla realizzazione del PNRR e del Fondo Complementare in modo da prevenire e contrastare ogni condotta illecita lesiva degli interessi economici e finanziari pubblici.

L'attuazione del PNRR – Missione 6 componenti 1 e 2 - coinvolge le Aziende Sanitarie regionali in qualità di soggetti beneficiari intermediari del soggetto attuatore (Regione) per la realizzazione degli interventi. La Regione Emilia-Romagna, per la Missione 6 con la Delibera della Giunta n. 219/2022, ha approvato interventi per l'importo complessivo di € 529.539.173,03 di cui € 430.934.993,85 a valere sui finanziamenti del PNRR e € 98.604.179,18 previsti dal PNC. La Regione Emilia-Romagna, in qualità di soggetto attuatore, con propria deliberazione 71/2022, ha delegato alle Aziende e gli Enti del SSR la realizzazione operativa degli interventi attuativi del PNRR, mantenendo il ruolo di coordinamento e monitoraggio delle funzioni delegate.

Come si evince dal Contratto Istituzione di Sviluppo (CIS) sottoscritto il 31 maggio 2022 dalla Regione ER e dal Ministero della Salute "la Missione 6 "Salute" mira a potenziare e riorientare il SSN per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due componenti:

- componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale, attraverso le Case della Comunità; le COT; gli Ospedali di Comunità (OSCO)

- componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

La componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Sono poi stati finanziati ulteriori interventi che vedono l'Azienda USL di Bologna direttamente quale soggetto attuatore o partecipante a progetti di altri soggetti attuatori non Emilia-Romagna.

Fonti finanziamento interventi PNRR

In estrema sintesi, all'Azienda USL di Bologna sono state assegnate le seguenti risorse per un valore complessivo di € 76.662.838 del PNRR Missione 6 per la realizzazione di:

- n. 17 Case della Comunità per l'importo di € 24.744.044;
- n. 9 Centrali Operative Territoriali per l'importo di € 1.139.593;
- Acquisizione Dispositivi Medici per allestimento COT Device per € 863.690;
- Realizzazione di interconnessioni aziendali COT per € 634.760;
- n. 5 Ospedali di Comunità per l'importo di € 13.496.752;
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione sedi DEA I e II livello per € 12.714.052;
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Alta e media tecnologia per € 7.095.000;
- Miglioramento sismico dell'Ospedale Bellaria - padiglione C per € 9.800;
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui Sub investimento 1.3.1. Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni per € 1.443.245;
- Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali tra i quali: Flusso Consultori di Famiglia, per € 257.500;
- Servizi di telemedicina per € 4.474.200.

Ad integrazione dei finanziamenti PNRR sono previsti:

- Fondi Opere Indifferibili (FOI) per un importo complessivo pari a € 7.647.948;
- Finanziamento del Comune di Bologna per la realizzazione di un piano dell'edificio sede della Casa di Comunità di Bologna (Savena - Santo Stefano) per € 1.612.654;
- Quota da alienazioni per integrazione dell'intervento Casa della Comunità di Crevalcore - Ristrutturazione con ampliamento per € 30.000.

Il valore totale degli interventi ammonta complessivamente a € 85.953.440.

Negli importi previsti per gli interventi strutturali sono compresi anche gli arredi, le tecnologie informatiche (apparati attivi per TLC) e le apparecchiature biomediche necessarie per la funzionalità delle strutture.

Componente	Intervento	Finanziamento			TOTALE	Situazione finanziaria		
		PNRR	Altre Risorse	Fondo Opere Indifferibili		Realizzato anni precedenti	Anno 2025	Anno 2026
M6C1 1.1.	Case della Comunità	24.744.044,45	1.642.654,36	4.764.957,00	31.151.655,81	9.515.597,27	17.136.058,54	4.500.000,00
M6C1 1.2.2.	COT Strutture	1.139.593,45	-	-	1.139.593,45	1.010.142,26	129.451,19	
	COT Device	863.690,46	-	-	863.690,46	863.690,46		
	COT Interconnessione	634.760,18	-	-	634.760,18		634.760,18	
M6C1 1.3.	Ospedali di Comunità	13.496.751,52	-	1.999.913,00	15.496.664,52	3.788.258,16	8.763.544,66	2.944.861,70
M6C2 1.1.1.	DEA	12.714.051,92	-	-	12.714.051,92	6.100.844,26	6.613.207,66	
M6C2 1.1.2.	Grandi Attrezzature	7.095.000,41	-	-	7.095.000,41	4.030.791,50	3.064.208,91	
M6C2 1.2.	SISMA	9.800.000,00	-	883.078,00	10.683.078,00	3.369.462,53	4.313.615,47	3.000.000,00
M6C1. 1.2.3.2	Telemedicina	4.474.200,00			4.474.200,00		4.474.200,00	
M6C2 1.3.1.	FSE	1.443.245,33	-	-	1.443.245,33	72.704,99	648.917,67	721.622,66
M6C2 1.3.2.2.1	4 Flussi	257.500,00	-	-	257.500,00	60.207,00	128.750,00	68.543,00
Totale complessivo		76.662.837,72	1.642.654,36	7.647.948,00	85.953.440,08	28.811.698,43	45.906.714,28	11.235.027,36

L'Azienda USL di Bologna è inoltre stata ammessa al finanziamento di € 2.308.590 relativo all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 'Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud' - ASL/AO (marzo 2023) - M1C1 PNRR Finanziato dall'Unione Europea – NextGenerationEU e al finanziamento di € 70.848 per l'adozione dell'app IO nell'ambito dei Servizi alla cittadinanza digitale M1C1 1.4.3.

Sono state assegnate inoltre risorse PNC:

- in attuazione dell'atto aggiuntivo dell'accordo tra ISS e RER come da Atto aggiuntivo e accordo operativo (Prot. Rep. RPI 01.12.2023.0000807.U fasi P2, P3, P4 in tema di "salute, ambiente, biodiversità e clima" per € 456.820,00 (M6 C1. E.1.1.0);
- per la realizzazione del Progetto DARE - DigitAl Lifelong pREvention (M4C2) [PNC-MUR] per € 766.000.

Componente	Intervento	Finanziamento		TOTALE	Situazione finanziaria	
		PNRR	PNC		Realizzato anni precedenti	Anno 2025
M1 C1. 1.1	Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA	102.150,00		102.150,00	10.891,19	91.258,81
M1 C1. 1.2	Abilitazione al cloud per le PA locali	2.206.440,00		2.206.440,00	411.942,14	1.794.497,86
M1 C1. 1.4.3	Adozione app IO	70.848,00		70.848,00		70.848,00
M4 C2	DARE - DigitAl Lifelong pREvention		776.000,00	776.000,00	335.000,00	431.000,00
M6 C1. E.1.1.0	Salute, ambiente, biodiversità e clima		456.820,00	456.820,00	55.023,30	401.796,70
Totale complessivo		2.379.438,00	1.232.820,00	3.612.258,00	812.856,63	2.789.401,37

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi.

• Componente 1 Investimenti 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio delle Case di Comunità (efficienti sotto il profilo energetico e rispettose del principio "non arrecare un danno significativo" - DNSH), attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza integrata, per garantire parità di accesso e prossimità territoriale alle persone per una risposta multi-professionale. Termine per la realizzazione: entro 1° trim. 2026.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Bologna (Savena - Santo Stefano) -Nuova costruzione (compresa la quota del Comune di Bologna)	10.669.454€
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Molinella –Nuova costruzione	7.947.520 €

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Vergato – Ampliamento	464.265 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Castenaso -Ristrutturazione edilizia	953.844 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di S. Giovanni in Persiceto -Nuova costruzione con demolizione	2.406.394 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità Porto-Saragozza di Bologna-Risanamento conservativo	674.357 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Zola Predosa -Ristrutturazione edilizia	532.650 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Sasso Marconi -Ampliamento	316.959 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Castiglione dei Pepoli -Ampliamento	312.118 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Bazzano -Ampliamento	2.727.565 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di San Lazzaro di Savena -Ampliamento	1.590.411 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Bologna (Colombi) -Ristrutturazione edilizia	185.260 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Bologna (Mengoli) -Manutenzione straordinaria	771.546 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Baricella -Manutenzione straordinaria	548.697 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Crevalcore -Ristrutturazione con ampliamento	299.269 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Bologna (Pilastro) -Ristrutturazione con ampliamento	624.073 €
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Calderara di Reno -Ristrutturazione con ampliamento	127.273 €
	Totale	31.151.656

- **Componente 1 Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT)**

L'investimento riguarda la realizzazione di COT con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con i vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

Le Centrali Operative Territoriali sono attive e funzionanti come da DGR 1267/2024 rettificata con DGR 1330/2024.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Unica Metropolitana (CUM) - Ospedale Maggiore di Bologna - Manutenzione Straordinaria	1.021.915 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Città di Bologna – Quartiere Porto Saragozza -Manutenzione Straordinaria	12.287 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Città di Bologna – Quartiere Navile -Manutenzione Straordinaria	8.842 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Città di Bologna – Quartieri San Donato-San Vitale -Manutenzione Straordinaria	15.185 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Savena Idice - San Lazzaro di Savena -Manutenzione Straordinaria	39.925 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Pianura Ovest - San Giovanni in Persiceto -Manutenzione Straordinaria	11.689 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Pianura Est -San Pietro in Casale -Manutenzione Straordinaria	18.631 €
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Reno Lavino Samoggia - Casalecchio di Reno -Allestimento	4.636 €

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale Distretto Appennino - Porretta Terme - Manutenzione Straordinaria	6.483 €
	Totale	1.139.593 €

- **Componente 1 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)**

L'investimento si concretizza con la realizzazione di Ospedali di Comunità (efficienti sotto il profilo energetico e rispettosi del principio "non arrecare un danno significativo" - DNSH), rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche. Gli Ospedali di Comunità sono strutture destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Termine per la realizzazione: entro 1° trim. 2026.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di San Pietro in Casale -Ristrutturazione edilizia	3.237.350 €
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di San Giovanni in Persiceto -Nuova Costruzione con demolizione	3.191.894 €
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Bologna (Padiglione Palagi) -Manutenzione Straordinaria	2.253.241 €
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Bazzano -Ristrutturazione edilizia con miglioramento sismico	4.256.670 €
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Loiano -Ristrutturazione edilizia	2.557.510 €
	Totale	15.496.665 €

- **Componente 1 Investimento 1.2.3: Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici – di cui sub-investimento 1.2.3.2 Servizi di Telemedicina**

Il finanziamento è finalizzato alla realizzazione delle piattaforme regionali di telemedicina e all'acquisizione delle strumentazioni informatiche dedicate; nello specifico, l'Azienda provvederà alla acquisizione e la manutenzione delle postazioni di lavoro da utilizzarsi per funzioni di telemedicina, prevedendo la fornitura di computer per gli ambulatori dell'Azienda dai quali si effettueranno prestazioni ambulatoriali di telemedicina. L'identificazione delle specifiche applicazioni per i servizi di telemedicina è stata affidata a livello regionale tramite regioni capofila, con l'obiettivo di selezionare applicazioni innovative secondo requisiti definiti dalla piattaforma nazionale.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C1 1.2.3.2	Servizi di telemedicina	4.474.200,00

Le regioni capofila sono Puglia e Lombardia e gli ordini saranno effettuati da Azienda USL Romagna per tutte le Aziende della Regione Emilia-Romagna. Termine previsto: entro 1° trim 2026.

- **Componente 2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello)**

La sanità nella provincia di Bologna si è caratterizzata negli ultimi anni per una sempre maggiore integrazione tra l'Azienda USL e l'IRCCS AOU con l'attivazione di percorsi di cura condivisi tra le Aziende e Organizzazioni di Unità Operative che vedono coinvolti professionisti di entrambe le Aziende.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C2 1.1.1.	Digitalizzazione DEA I e DEA II Livello: Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi di Bologna	12.714.052 €

Alle esigenze di integrazione fra le Aziende Azienda USL e l'IRCCS AOU si aggiunge la necessità di un'evoluzione del sistema informativo di ambito ospedaliero come elemento fondamentale per garantire il raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza di erogazione delle prestazioni di livello ospedaliero.

Tali linee di innovazione si potranno declinare sia a livello regionale che aziendale.

A livello regionale la tempestiva e completa convergenza del dato, garantita dalla integrazione verso i concentratori regionali, apre la strada verso nuove tecnologie di analisi sia in ottica di monitoraggio/studio che di supporto/guida alle politiche sanitarie (es. strumenti di analisi big data, anche supportati da tecnologie di intelligenza artificiale).

A livello aziendale consentirà l'attivazione di progetti di ricerca e innovazione su scala sovra-aziendale, permettendo l'organizzazione e la realizzazione di percorsi di cura tra aziende diverse della stessa provincia.

L'adeguamento dei sistemi deve avvenire anche in termini di sicurezza (intesa sia come cyber security, corretto trattamento del dato, e sicurezza funzionale) con una acquisizione di sistemi che garantiscano tale sicurezza.

È inoltre da privilegiare una progettualità che garantisca la necessaria flessibilità per venire incontro a future evoluzioni del settore sanitario ospedaliero. Tale flessibilità è perseguita sia investendo su ambiti trasversali a tutta l'azienda, sia investendo su una forte interoperabilità regionale che garantisca una pronta risposta a tutte le forme di presa in carico e percorsi di cura cross-azienda.

Tale approccio risulta coerente con le linee guida emanate dalla Regione Emilia-Romagna in merito alle progettualità PNRR delle singole aziende, linee di indirizzo in grado di indirizzare efficacemente le singole progettualità aziendali.

Tali esigenze possono sicuramente trovare una risposta nel PNRR ed in particolare nella Missione 6 "Salute" negli interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie: M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II).

Per il triennio 2025-2027, l'Azienda si prefigge i seguenti obiettivi:

- garantire la sussistenza di tutti gli elementi infrastrutturali essenziali per sostenere efficacemente il progetto di digitalizzazione degli ospedali DEA I e II;
- procedere con la dematerializzazione completa dei principali processi clinico assistenziali, garantendo la disponibilità, l'integrità e la continuità operativa dell'infrastruttura informativa;

- completare il processo di diffusione del Sistema di Cartella Clinica Elettronica e Sistema di Prescrizione e Somministrazione Farmaci in tutti i reparti e negli ambulatori ad essi collegati per la gestione, in particolare, dei pazienti cronici;
- garantire che gran parte dei sistemi medicali sia integrata col sistema di cartella;
- progettare e realizzare i sistemi gestionali, con particolare riferimento alla cartella clinica, al fine di garantire l'analisi dei dati real time e l'elaborazione automatica di pattern informativi essenziali per l'attività sanitaria;
- elevare il livello di sicurezza informatica dell'intera infrastruttura.

L'intervento è attualmente in linea con i tempi previsti e si prevede di effettuare i collaudi entro il secondo trimestre 2025. Termine previsto: entro 2° trim 2025.

• **Componente 2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie**

Una delle sfide più ambiziose del PNRR consiste nel valorizzare e innovare gli asset tecnologici e digitali in uso delle strutture sanitarie, soprattutto per rispondere in modo più efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione. Con questa premessa, la componente 2 - investimento 1.1.2 mira a ridurre l'obsolescenza delle apparecchiature sanitarie, fattore che può compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza d'uso.

Il Ministero della Salute, valutando i dati di obsolescenza media delle Apparecchiature Sanitarie, ha ritenuto di focalizzare l'intervento sulle seguenti tipologie di apparecchiature, con il target di rinnovare quantomeno quelle con oltre 10 anni: TC, RM, angiografi, mammografi, apparecchiature radiologiche, ecografi, tecnologie di medicina nucleare e acceleratori lineari.

In base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute stesso, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato in 3.133 unità: 340 TC a 128 strati, 190 RM a 1.5T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TC, 34 PET CT, 295 mammografi e 928 ecotomografi.

La Regione ha stabilito per l'Azienda USL di Bologna un investimento pari a € 7.794.292, poi rimodulato in 7.095.000.

Nel 2024 sono state collaudate 4 TC ed 1 sistema radiologico telecomandato, che si aggiungono ai 4 mammografi, 1 TC, 9 ecografi e 3 sistemi telecomandati collaudati nel biennio precedente. Le restanti apparecchiature (2 angiografi e 12 sistemi radiologici) saranno concluse nel 2025 come da ridefinizione del target.

L'intervento è attualmente in linea con i tempi previsti. Termine per la realizzazione: entro 4° trim 2025.

• **Componente 2 Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile**

L'investimento si riferisce, in particolare, agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere. Per l'Azienda USL è stato inserito un intervento che interessa il miglioramento strutturale del Padiglione C dell'Ospedale Bellaria.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C2 1.2.	Ospedale Bellaria- padiglione C - Restauro con miglioramento sismico	10.683.078 €

Il Padiglione C dell'Ospedale Bellaria ha un'estensione di 5.162 mq ed è dotato di 44 posti letto. La struttura è ubicata in zona sismica 3. Termine per la realizzazione: entro 1° trim 2026.

- **Componente 2 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui Sub investimento 1.3.1. Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni**

L'Azienda partecipa alle iniziative che la Regione ha in carico sul versante FSE in particolare nell'ambito della iniziativa PNRR FSE 2.0.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C2 1.3	Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni	1.443.245 €

Le risorse sono state attribuite dalla Regione Emilia-Romagna all'Azienda USL di Bologna subordinatamente al raggiungimento degli obiettivi specifici definiti per la M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) del PNRR.

In particolare, tale iniziativa prevede:

- l'adeguamento dei referti di specialistica al formato CDA 2 e la firma digitale;
- l'adeguamento dei referti di laboratorio analisi e radiologia al formato CDA 2 e la firma digitale;
- l'adeguamento dei verbali di Pronto Soccorso al formato CDA 2 e la firma digitale;
- l'adeguamento delle lettere di dimissione al formato CDA 2 e la firma digitale;
- l'adeguamento dei referti di anatomia patologica al formato CDA 2 e la firma digitale;
- l'adeguamento dei certificati vaccinali resi valida da un sigillo informatico e dalle attestazioni di effettuata vaccinazione firmate con firma digitale;

secondo tempistiche e Milestones definite dalle Autorità Centrali e convenute con la Regione Emilia-Romagna.

Obiettivo dell'Azienda USL di Bologna, in tema di FSE, per il triennio 2025-2027 sarà quindi di rispettare appieno gli obiettivi e le tempistiche del progetto PNRR FSE 2.0 sopra citato.

L'intervento è attualmente in linea con i tempi previsti. Termine per la realizzazione: entro 2° trim 2026.

- **Componente 2 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione di cui sub-investimento 1.3.2.2.1 Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Flusso Consulori di Famiglia**

Il progetto riguarda l'adeguamento degli strumenti e dei processi per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati necessari ai flussi ministeriali. Termine previsto: entro 1° trim 2026.

Componente	Titolo Intervento	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO
M6C2 1.3.2.2.1	Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Flusso Consulori di Famiglia	257.500,00

Altri interventi PNRR/PNC – soggetto attuatore Azienda USL di Bologna o altri enti non RER

Agli interventi sopra descritti riguardanti la componente M6, per i quali la Regione Emilia-Romagna è soggetto attuatore, si aggiungono ulteriori interventi per i quali il soggetto attuatore è direttamente l'Azienda USL di Bologna:

- **M1 C1. Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA**

- Investimento 1.1: Infrastrutture digitali per € 102.150;
- Investimento 1.2 Abilitazione al cloud per le PA locali per € 2.206.440,00.

Il finanziamento in oggetto permette all'Azienda USL di Bologna di implementare azioni volte a garantire, per le attrezzature informatiche di tipo server, buon funzionamento, minimizzando le probabilità di guasto. Progetto concluso in fase di asseverazione

- **M1 C1. Investimento 1.4 "Servizi e Cittadinanza Digitale" - Adozione app IO per € 70.848**

L'intervento prevede l'interconnessione fra i sistemi informatici dell'Azienda USL di Bologna e la App IO, al fine di garantire una piena interoperabilità a favore dei cittadini e dei dipendenti dell'azienda.

L'intervento è attualmente in linea con i tempi previsti. Termine per la realizzazione: 22/09/2025.

- **M6 C1. E.1.1.0 Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale per €456.820**

L'intervento è realizzato in attuazione dell'accordo tra Istituto Superiore della Sanità e Regione Emilia-Romagna relativo a "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" – Sub Investimento "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" nell'ambito del piano nazionale complementare – PNC.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	AZIENDA USL BO			RER	TARGET	Triennio 2025-2027
		2022	2023	2024	2024		Risultato Atteso
IND1193	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	64	71,9	74,2	70,2	-	Mantenimento

D.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

D.3.1 Azioni per lo sviluppo sostenibile

Perseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile comporta l'implementazione di modelli di crescita in grado di soddisfare i bisogni attuali e renderli compatibili con le necessità delle future generazioni, come già specificato dalla Commissione Mondiale sull'Ambiente e lo Sviluppo delle Nazioni Unite nel 1987. In una ottica One Health e ancor più *Planetary Health*, la sostenibilità rappresenta una necessità sempre più impellente e comporta una interconnessione profonda tra sistemi economici, sociali e ambientali.

In questo contesto l'Azienda USL di Bologna è costantemente impegnata nella promozione di pratiche di sostenibilità ambientale e in concrete azioni di contrasto al cambiamento climatico. Queste attività sono ritenute strategiche dall'Azienda che intende rafforzare l'impegno in tal senso con ancora maggiore slancio.

L'attenzione alla sostenibilità socio ambientale è una chiave fondamentale per costruire l'Azienda del futuro, un'organizzazione capace di trasformare le sfide legate ai cambiamenti climatici in opportunità per sviluppare nuove capacità e dimostrarsi resiliente migliorando la propria organizzazione ma anche la comunità in cui opera.

L'Azienda si pone l'obiettivo di favorire attività e progetti aziendali relativi alla gestione sostenibile delle risorse, alla riduzione dell'impatto ambientale e all'adozione di politiche ecologiche in linea con gli standard di qualità e sicurezza del settore sanitario.

Obiettivi di particolare interesse sono:

- la trasformazione green degli edifici;
- la gestione delle strutture sanitarie, degli impianti e delle tecnologie secondo criteri di sostenibilità;
- l'ottimizzazione dei processi legati alla gestione dei rifiuti;
- la gestione sostenibile delle risorse idriche, promuovendo un consumo consapevole e a minor impatto ambientale dell'acqua potabile, ottimizzando l'uso delle acque nei processi tecnologici e sviluppando studi sulle caratteristiche delle acque reflue come segnale indiretto di fenomeni di rilevanza sanitaria, come ad esempio l'antimicrobica resistenza.
- la mobilità sostenibile ovvero la promozione di spostamenti a basso impatto ambientale che favoriscano allo stesso tempo la salute ed il benessere dei dipendenti e dei cittadini.

Inoltre, l'Azienda USL di Bologna adotta politiche di informazione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari al fine di sensibilizzarli riguardo ai temi ambientali e ai corretti stili di vita.

Insieme alle altre Aziende Sanitarie ricomprese nella Città Metropolitana di Bologna (AUSL di Bologna, IRCCS AOU di Bologna, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e AUSL di Imola), è impegnata su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana nella Missione Europea per "Bologna città neutrale per il clima entro il 2030". A tale scopo e al fine di esplicitare gli impegni e le ricadute attese, le Aziende Sanitarie dell'Area metropolitana di Bologna ad aprile 2023 hanno aperto il Tavolo Tecnico interaziendale, supportato da AEES - Agenzia per l'Energia e lo Sviluppo Sostenibile nell'ambito della convenzione in essere con il Comune di Bologna, e concordato uno strumento di pianificazione denominato "Portafoglio di azioni per la neutralità climatica" ossia un

insieme di azioni atte alla diminuzione delle emissioni climalteranti entro il 2030. Il Primo Portafoglio di azioni per la neutralità climatica, dopo la presentazione al CTSSM di Bologna, il 20 settembre 2023, è stato trasmesso dalle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana con nota prot. n. 0117100 del 31.10.2023 al Comune di Bologna ed è entrato a far parte del primo Climate City Contract.

Il portafoglio di azioni è stato approvato con Deliberazione n. 000002 del 11/01/2024 dell'AUSL di Bologna. Seguendo le indicazioni della piattaforma europea NetZeroCities, le azioni sono suddivise in "settori/ambiti di applicazione". La quantificazione delle emissioni di gas climalteranti (GHG) ridotte, permette la misurazione, secondo specifici indicatori di ambito, della neutralità climatica.

Nel corso del triennio 2025-2027, continuerà il monitoraggio e la rendicontazione dei risultati raggiunti, in base alle richieste e ai criteri stabiliti dalla Commissione europea e dal Comune di Bologna. Sarà inoltre possibile e auspicabile implementare le azioni proposte aggiungendone di ulteriori preventivamente valutate in termini di rilevanza ed efficacia nel contesto della sostenibilità ambientale aziendale.

In una sempre maggiore visione condivisa degli obiettivi di sostenibilità, l'Azienda USL di Bologna è entrata a far parte del "Comitato di Indirizzo Sostenibilità e Piano ambientale" dell'IRCCS Sant'Orsola. Questo Comitato ha funzioni di natura consultiva e propositiva a supporto delle azioni in tema di transizione ecologica e neutralità climatica contenute in particolare nel "Piano Strategico di Sostenibilità Ambientale" elaborato dall'IRCCS Sant'Orsola. L'Azienda USL di Bologna parteciperà attivamente ai lavori del Comitato al fine di integrare le azioni di Sostenibilità ambientale, puntando a obiettivi condivisi seppur riconoscendo e valorizzando la diversità delle realtà aziendali in cui queste verranno applicate.

Considerando tutto quanto premesso, per il triennio 2025-2027 sono stati definiti i seguenti ambiti prioritari d'azione:

- Trasformazione green degli edifici e della gestione degli impianti delle strutture sanitarie
- Mobilità e Trasporti sostenibili;
- Trasformazione green dei processi e dei prodotti.

D.3.1.1 Trasformazione green degli edifici e della gestione degli impianti delle strutture sanitarie

L'Azienda USL di Bologna è da diversi anni fortemente impegnata nella riduzione della propria impronta ambientale. Nei sei ospedali principali (Maggiore, Bellaria, San Giovanni in Persiceto, Budrio, Loiano e Bentivoglio) sono state realizzate centrali di tri-generazione, con installazione di cogeneratori a gas metano, per la produzione combinata ed efficiente di energia termica, elettrica e frigorifera. Circa il 60% del fabbisogno energetico aziendale è oggi prodotto con sistemi efficienti di tri-generazione.

È inoltre attivo su tutte le sedi un multiservizio con servizio energia, che oltre ad incentivare una efficiente gestione degli impianti pone in carico all'assuntore interventi di efficientamento energetico.

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, è progettato per assicurare un incremento dell'efficienza energetica e di produzione da FER (Fonte Energetica Rinnovabile).

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.

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal.

Tutte le misure inserite nel PNRR, in questo caso specifico trattasi di investimenti, devono essere conformi al principio DNSH (Do No Significant Harm) che consiste nel non arrecare danno significativo all'ambiente ed è compito degli Stati membri dimostrare il rispetto di tale principio che sostanzialmente consiste in:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche;
- transizione verso l'economia circolare, riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Nel prossimo triennio proseguirà 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.

Nel "portafoglio di azioni per la neutralità climatica" sono state inserite ed esplicitate azioni che riguardano in particolare:

- la riqualificazione del sistema di distribuzione dell'acqua refrigerata presso l'Ospedale Maggiore;
- la realizzazione della Nuova casa della Comunità Savena-Santo Stefano;
- l'acquisto di energia elettrica verde.

Sono inoltre in corso di valutazione due Partenariati Pubblico Privato inerenti:

- la gestione delle centrali termiche/frigorifere degli Ospedali Bellaria, Bentivoglio, San Giovanni in Persiceto, Budrio e Loiano con fornitura di vettori energetici, che prevede tra le varie azioni:
 - o l'installazione di circa 2MW di picco di impianti fotovoltaici nei vari ospedali;
 - o la sostituzione di sette gruppi frigoriferi di potenza superiore al MW a servizio degli ospedali caratterizzati da rendimenti elevati atti ad una riduzione del fabbisogno di energia elettrica;
- la gestione della sterilizzazione dei ferri chirurgici con il quale è prevista la centralizzazione del servizio metropolitano in un Hub ad altissima efficienza energetica.

Le due case della Comunità Savena Santo Stefano e Molinella, entrambe in fase di realizzazione con fondi PNRR, sono state progettate nel rispetto dei principi del DNSH per nuove strutture quindi con un indice di prestazione energetica globale non rinnovabile dell'edificio inferiore di almeno il 20 % rispetto alla soglia fissata per i requisiti degli edifici a energia quasi zero (NZEB, Nearly Zero-Energy Building).

D.3.1.2 Mobilità e trasporti sostenibili

La pianificazione e l'organizzazione della mobilità aziendale in termini di sostenibilità ambientale rappresenta una sfida cruciale in quanto mira a migliorare la salute e il benessere sia degli operatori che della popolazione. Il tema è molto sentito soprattutto nelle grandi aree metropolitane dove l'inquinamento atmosferico, acustico e la congestione stradale sono problemi rilevanti soprattutto in un contesto di maggiore consapevolezza riguardo alle emissioni di gas serra che alimentano il cambiamento climatico.

L'Azienda USL di Bologna è impegnata da anni e prosegue con convinzione le attività volte alla promozione della 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 scelte e comportamenti quotidiani e orientare i dipendenti verso forme di mobilità sostenibile. Le azioni che riguardano la mobilità aziendale rientrano altresì nel Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro aziendale che tiene anche conto, ad esempio, del Piano Urbano della Mobilità approvato dalla città metropolitana di Bologna.

Si sottolinea, inoltre, che tra le azioni previste dal *Climate City Contract*, sopra citato, sono state previste anche azioni specifiche per la promozione della mobilità sostenibile quali la promozione del trasporto pubblico e la mobilità dolce (ciclabile).

In questo contesto, le azioni previste nel triennio relativamente al tema della mobilità e trasporti sostenibili, saranno implementate e sviluppate dall'Azienda con il coinvolgimento attivo del *Mobility Manager* e delle diverse strutture aziendali.

In particolare, è previsto lo sviluppo delle seguenti azioni già implementate o da implementare:

- promozione dell'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro e per servizio da parte dei dipendenti mediante il riconoscimento di un incentivo economico ai dipendenti che sottoscrivono abbonamenti annuali in convenzione;
- promozione della mobilità ciclabile negli spostamenti casa-lavoro da parte dei dipendenti, attraverso il riconoscimento di un incentivo economico sotto forma di "rimborso chilometrico" in base ai km percorsi nel tragitto casa-lavoro a coloro che utilizzeranno la bicicletta per recarsi al lavoro;
- la realizzazione di un nuovo ed ampio bicipark protetto e videosorvegliato per i dipendenti presso l'Ospedale Maggiore, per creare condizioni favorevoli all'utilizzo della bicicletta;
- proseguimento dell'iniziativa già avviata nel triennio precedente volta a promuovere il *car pooling* negli spostamenti casa-lavoro e per servizio mediante la messa a disposizione di parcheggi gratuiti ai *carpoolers* nelle principali sedi aziendali mediante la riserva di aree di sosta ai dipendenti che scelgono di utilizzare il servizio negli spostamenti;
- l'avvio di uno studio di fattibilità volto al miglioramento delle condizioni di accessibilità all'Ospedale di Bentivoglio sia per i dipendenti che per i cittadini ipotizzando percorsi di trasporto pubblico efficienti in collaborazione con gli enti del territorio;
- il proseguimento delle iniziative di riorganizzazione del parco auto aziendale con l'obiettivo di una maggiore sostenibilità ambientale sostituendo le auto a motore termico con auto elettriche e a metano ove possibile. Continuare l'implementazione di colonnine di ricarica con maggiore efficienza dislocate nelle strutture del territorio.

D.3.1.3 Trasformazione green dei processi e dei prodotti

Per il triennio 2025-2027 le procedure di gara saranno strutturate:

- contemplando misure di contrasto ai cambiamenti climatici;
- incoraggiando gli operatori economici ad adottare pratiche sostenibili;
- stimolando la generale adozione di comportamenti + responsabili.

Si porterà avanti un approccio strutturato che prevede all'interno delle procedure di gara la valorizzazione dell'impegno in materia di eco-sostenibilità da parte dei fornitori (certificazioni ambientali che sono quelle che attestano la capacità degli operatori di applicare misure di gestione ambientale durante l'esecuzione del servizio offerto o della fornitura in modo da arrecare il minor impatto possibile sull'ambiente). Sarà inoltre previsto l'inserimento di specifiche tecniche eco-compatibili sia:

- come requisiti di partecipazione o caratteristiche che il bene o il servizio deve possedere come elementi di base; (a mero titolo esemplificativo si stabilisce che i prodotti tessili devono essere conformi ai criteri ambientali minimi, ovvero requisiti ambientali definiti per ciascuna fase del processo di acquisto volti ad individuare la soluzione progettuale, il prodotto, il servizio migliore sotto il profilo ambientale lungo il ciclo di vita, tenuto conto della disponibilità del mercato; per il lavaggio dei prodotti si stabilisce che gli impianti con cui si eseguirà il servizio devono essere dotati di sistemi di filtraggio e di riutilizzo dell'acqua al fine di ridurre il consumo);
- come ulteriori aspetti di qualità premianti ai fini della valutazione delle offerte (si valorizzano le proposte di investimenti volti alla riduzione degli impatti ambientali nel processo produttivo ed ad altre misure di gestione ambientale volte all'efficientamento idrico e/o energetico- - si attribuiscono punti a chi è in possesso di talune certificazioni ambientali- e ancora a chi offre la minore distanza da percorrere nell'esecuzione del servizio per il trasporto dei prodotti dalla sede di ritiro e consegna alla sede di destinazione e laddove i veicoli utilizzati siano veicoli puliti, ovvero veicoli che utilizzano combustibili alternativi, quali l'elettricità, il biometano, l'idrogeno) o come condizioni di esecuzione contrattuale.

4 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie si articola su due livelli: performance complessiva aziendale e performance organizzativa e individuale interna.

La **performance complessiva aziendale** è delineata nel presente documento e rendicontata annualmente nella Relazione annuale della Performance.

La **performance organizzativa interna** è strutturata annualmente sulla base del documento "Linee guida al budget" e declinata all'intera organizzazione nel documento "Master Budget", mentre la **performance individuale interna** è descritta nella "Guida alla Valutazione del personale".

Nell'ambito del sistema di valutazione individuale in essere, ciascun professionista dall'Azienda viene valutato individualmente con cadenza annuale (cd. Valutazione annuale) rispetto a due dimensioni:

- performance (ovvero il contributo prestato all'interno dell'equipe per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al dipartimento e quindi alla UO di appartenenza nel percorso di budget oltre che specifici obiettivi individuali connessi all'incarico del valutato);
- competenze (espressamente definite nell'ambito della scheda di valutazione).

Con specifico riferimento ai professionisti della dirigenza (sanitaria e PTA) e del comparto titolari di incarico di funzione, in fase di valutazione dell'anno precedente, dunque a consuntivo, è richiesto a ciascun valutatore di assegnare obiettivi specifici per l'anno in corso (es. in fase di valutazione ciascun valutatore dovrà assegnare obiettivi specifici al professionista per l'anno successivo in termini di contributo all'equipe per il raggiungimento degli obiettivi assegnati in budget in coerenza, dunque, con la programmazione).

La conclusione del percorso di valutazione individuale, sulla base del punteggio complessivamente ottenuto, darà corso ad una quota parte di retribuzione di risultato, anche in questo caso in coerenza con le modalità previste dall'accordo sul sistema incentivante da sottoscrivere con le Organizzazioni Sindacali.

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

Nello specifico:

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

Il sistema di monitoraggio e rendicontazione del PIAO è pertanto assicurato mediante i processi e gli strumenti già attivi secondo le diverse normative di riferimento dei Piani richiamati nel PIAO, ma trovano un punto di sintesi nel processo di budget. Gli obiettivi di budget traducono le linee presenti nei vari Piani richiamati (POLA, PTFP, Piano delle Azioni Positive e Piano Prevenzione della corruzione) in obiettivi assegnati alle diverse articolazioni aziendali, assicurando una piena integrazione logica

ed organizzativa, in applicazione di quanto previsto dalla DGR 819/2021. Gli obiettivi strategici, in coerenza con gli indirizzi e gli orientamenti nazionali e regionali, si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana promossa e condivisa nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana e tengono conto degli obiettivi e del quadro economico che la Regione Emilia-Romagna assegna alle Aziende Sanitarie con le Linee di programmazione e finanziamento. Il processo di budget si sviluppa in un percorso di negoziazione tra le macrostrutture e la Direzione aziendale.

L'andamento dell'attività derivante da flussi informativi correnti viene monitorato nel corso dell'anno. I restanti obiettivi vengono monitorati semestralmente.

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

Altro importante strumento di monitoraggio e rendicontazione aziendale è costituito dalla Relazione sulla performance, prevista dal D.Lgs. 150/2009 e introdotta in modo strutturale nella Legge Regionale 9/2018. La Relazione sulla performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione. La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel PIAO. La relazione sulla performance rendiconta i risultati rispetto agli indicatori esplicitati nel Piano della performance per ogni dimensione/area della performance individuata. Si esplicita così il grado di performance che l'Azienda ha conseguito, nel rispetto delle indicazioni nazionali e delle linee di indirizzo regionali, con il fine ultimo di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, è stato definito un sistema di monitoraggio annuale volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Le attività di monitoraggio consentono di misurare periodicamente i progressi e gli eventuali scostamenti da quanto programmato e di verificare l'attuazione delle misure e l'effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo. Gli esiti di tali attività forniscono le basi conoscitive, documentate e certe per poter riesaminare le misure in termini di adeguatezza, individuando i fattori che hanno influito sull'efficacia della singola misura programmata e attuata.

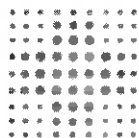
Allo stato attuale, il sistema di monitoraggio e di riesame consta degli strumenti di seguito riportati:

- relazioni semestrali dei Referenti Anticorruzione che forniscono al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza gli elementi utili a verificare l'efficacia e l'idoneità delle misure per il trattamento del rischio e il loro stato di attuazione;
- report che consentono un puntuale monitoraggio dell'attuazione e del controllo delle misure programmate attraverso l'estrapolazione di dati da tutti i software e banche dati utilizzati;
- audit interno (documentale e/o in loco) è un processo sistematico, indipendente e documentato, che permette di confermare l'efficacia e l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione messe in atto e di ottenere ogni informazione utile per porre in essere azioni di miglioramento delle misure programmate e attuate.

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

Allegato 1 - Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027

Il Direttore del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale – SUMAGP (SC), è il Dirigente responsabile del “Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027” (PG 0095723 del 30/07/2025)



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

AZIENDA USL DI BOLOGNA

Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025-2027

Sommario

Sommario	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.....	9
Programma di sviluppo del lavoro agile.....	13
La misurazione e valutazione della performance	23
Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile	24
Conclusioni	26

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; è il documento che stabilisce come verrà sviluppato il lavoro agile, tenendo conto delle esigenze dell'amministrazione e dei lavoratori e promuovendo contestualmente un equilibrio tra 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, sentite le organizzazioni sindacali, 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 promuovendo il benessere organizzativo
- **diffondere progressivamente una cultura aziendale** che promuova la collaborazione, la responsabilizzazione e una 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. Si possono prevedere indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative, 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'adequata 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.AAed 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, al pari di quella privata, 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. Dovrà anche essere abbandonata la convinzione che una prestazione lavorativa di qualità sia solo quella resa in presenza e consolidata la capacità di creare un vero patto fiduciario tra Azienda e lavoratore, basato sui principi di flessibilità organizzativa, condivisione degli obiettivi e responsabilizzazione al raggiungimento dei risultati, autonomia nell'organizzazione del lavoro, benessere del singolo lavoratore volano di benessere organizzativo.
- 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 e 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 di innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

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 di lavoro agile 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. La pandemia ha accelerato i tempi di applicazione dello smartworking e allo stesso tempo, ha consentito di verificare in un tempo relativamente ristretto quale possa esserne il reale impatto.

Nelle Aziende sono state strutturate e poste in essere le misure necessarie ed idonee a consentire di attuare lo smartworking in via straordinaria, che in fase emergenziale rappresentava la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, con la finalità di contemperare il regolare svolgimento delle attività con la prioritaria esigenza di limitare la mobilità del personale.

Parallelamente, inoltre, sono state poste le basi documentali e procedurali per consentire, lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile in via ordinaria.

Lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri il 31.01.2020 e via via prorogato, è terminato il 31.03.2022. 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/lavoro.

A seguire si riportano gli indicatori di valore pubblico e performance relativi all'anno 2024 nel corso del quale si è attuata la definitiva transizione dalla fase emergenziale a quella ordinaria con un buon livello di utilizzo dell'istituto dell'istituto sulla base delle attività individuate dall'Azienda come svolgibili in

modalità agile e nel rispetto della normativa contrattuale vigente.

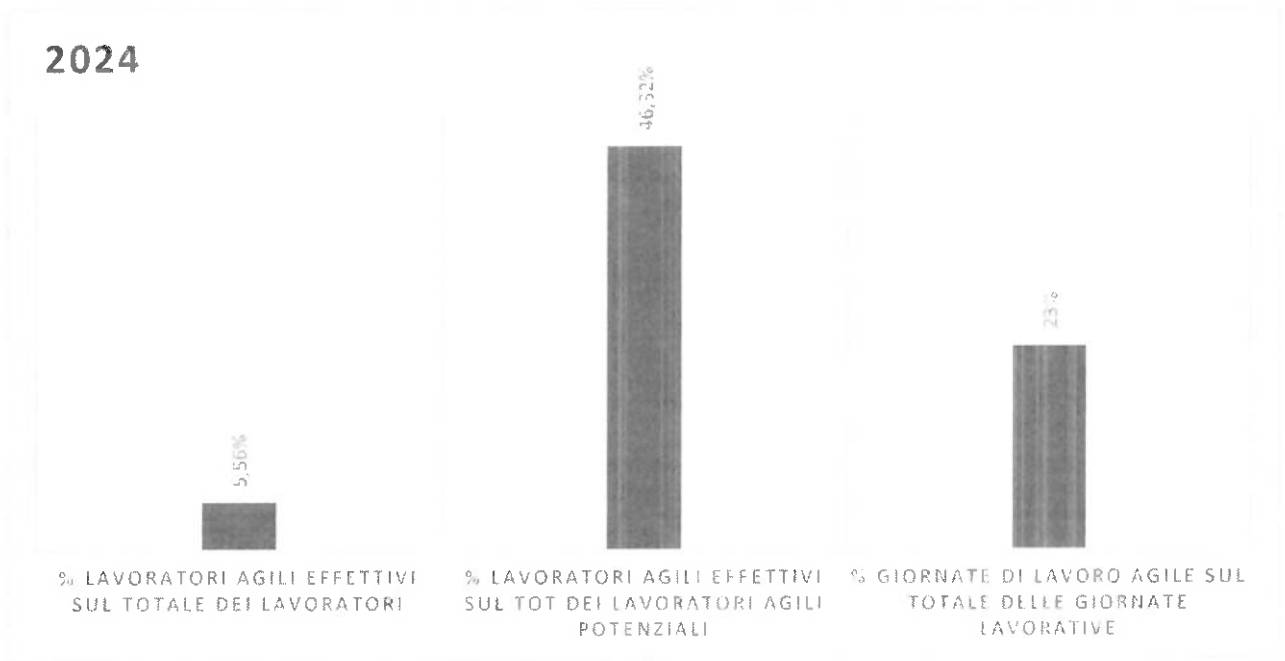
TABELLE Indicatori di valore pubblico e performance – anno 2024

N. personale dipendente	N. contratti lavoro agile	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori
9385	457	5,56%

N. lavoratori agili potenziali	N. contratti lavoro agile	% lavoratori agili effettivi sul tot dei lavoratori agili potenziali
1127	457	46,32%

N. giorni di lavoro agile	N. giorni lavorativi	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative
26695	113620	23%

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 smart working, 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 contenuti essenziali degli accordi individuali che disciplinano l’istituto in via ordinaria, superata la fase emergenziale.

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. web mail). 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/la 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.

Il lavoratore è 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 Bologna, 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 saranno previste

specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione. La formazione dovrà perseguire 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 .

Periltriennio2025-2027, le Aziende orienteranno prevalentemente la formazione a supporto del lavoro agile mediante la progettazione e realizzazione, ove possibile, congiunta in area metropolitana, 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, 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, cloud storing, 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 avvicinano 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 l'Azienda 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 relazionalmente e professionalmente 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 Bologna ha definito un percorso relativo all'applicazione del lavoro agile in fasi successive, in considerazione delle peculiarità degli ambiti organizzativi in cui è articolato il Policlinico e, inevitabilmente, dell'influenza del contesto epidemiologico.

L'approccio aziendale ha poi seguito due percorsi paralleli.

Già durante le fasi acute della pandemia l'Azienda ha preso in considerazione alcune istanze di responsabili e di pendenti di rette ad avviare progetti di lavoro agile in forma stabile.

Nel corso della seconda ondata della pandemia, l'Azienda aveva avviato 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.

Il perdurare dell'emergenza sanitaria, fino al 31.03.2022, ha di fatto costretto a rinviare ad un momento successivo un analogo lavoro in ambito assistenziale (tecnico/sanitario); sono state, comunque, poste le basi con la Direzione Sanitaria per effettuare tale ricognizione ad avvenuta stabilizzazione del contesto e valutate le esperienze nel frattempo maturate.

Nel Marzo 2021 si è provveduto alla prima revisione della mappatura nell'ambito dei servizi trasversali/di supporto, con una ulteriore rivalutazione nel corso di Maggio/Giugno 2021.

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 avvicinamento - 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

Centro di Costo	Totale
COORDINAMENTO AZIENDALE CONTROLLO QUALITA E PRESTAZIONI ASS	2
COSTI COMUNI - UO CONSULTORI FAMILIARI (SC)	1
ACCESSO AI SERVIZI	1
ACCOGLIENZA OB	1
ACCOGLIENZA OM	5
ACQUISTI	2
AFFARI GENERALI E LEGALI - COSTI COMUNI	15
APPLICATIVI SANITARI	9
ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTR. SAN LAZZARO	9
C.C. AREA DATER RIABILITAZIONE	1
C.C. U.O. DATER RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	2
C.C. U.O. DATER RIABILITAZIONE TERRITORIALE	1
C.C. UO AREA OMOGENEA IRCCS	2
CC MANAGEMENT INTEGRAZIONE SOCIO SANIT E RETE CURE PALLIATIV	1
COMMITTENZA E GOVERNO DEI RAPPORTI CON IL PRIVATO ACCREDITAT	2
COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL CITTADINO	6
CORSO LAUREA INFERMIERE UNIFE PIEVE C. COSTI COM.	2
COSTI COMUNI - UO INGEGNERIA CLINICA (SC)	1
COSTI COMUNI - UO SerDP NAVILE (SS)	1
COSTI COMUNI- UO GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SSD)	1
CRS- CENTRO REGIONALE SANGUE	1
CRS- UNITA' AMMINISTRATIVA	2

DAAT - COSTI COMUNI	7
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE COSTI COMUNI	1
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO COSTI COMUNI	1
DIR.AMMINISTRATIVA DIST.CASALECCHIO	1
DIREZIONE AMMINISTRATIVA IRCCS	2
DIRG0-DIREZ. GENERALE E ORGANI ISTITUZ.	1
DSM -DP - SERVIZIO AMMINISTRATIVO	8
DSP - C.C. UO EPIDEM. PROM. SAL. COM. RISCHIO (SC)	1
DSP - CC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	1
DSP - CC Progr PREV.SALUTE E CRONICITA' (SSD)	1
DSP - CC PROGRAMMA AMBIENTE E SALUTE (SSD)	1
DSP - CC UO AMMINISTRATIVA (SC)	5
DSP - COSTI COMUNI DIREZIONE	1
DSP - POOL UOC AMMINISTRATIVA EX AMBITO CITTA'	3
DSP - POOL UOC AMMINISTRATIVA EX AMBITO PIANURA	2
DSP UO EPIDEMIOLOGIA (SS)	4
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA IRCCS ISNB	2
FISAN-OM -FISICA SANITARIA	2
FISOB-FISICA SANITARIA C/O OSPED.BELLARIA	2
FUNZ.ECONOMICHE A SUPPORTO DIPARTIMENTI	4
FUNZ.GESTIONALI A SUPPORTO DIPARTIMENTI	10
GESTIONE CONTRATTI DI FORNITURA	1
GESTIONE LOGISTICA MAGAZZINI ECONOMICI	1
GOVERNO CLINICO	4
GOVERNO DEI PERCORSI SPECIALISTICI (SC)	6
IO DIREZIONE MEDICA OSPEDALE SPOKE	2
LEGALE	5
LIBERA PROFESSIONE	1
MEDICINA LEGALE E MEDIAZIONE CONFLITTI	2
NPIA ATT. TERR. COSTI COMUNI	1
NPIA BOLOGNA EST	1
NPIA BOLOGNA OVEST	1
ORT-OM -ORTOPEDIA	1
PATRIMONIO	2
PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE DASS DIREZIONE ATTIVITA' S	1
PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UO AMMINISTRATIVA DASS	5
PO 725 PROGETTO PIRAMIDE DELLA RICERCA	26
PO 891 PROG. PNC DARE DIGITAL LIFELONG PREVENTION PNC00000	1
POOL FUNZ. AMM.VE DIST.PORRETTO	10
POOL FUNZIONI AMM.VE D.CASALECCHIO	3
PREVENZ. RISCHIO INFETT. STR. SAN.-SOCIOSAN.TERRIT	1
PROCESSI AMMINISTRATIVI SOCIO-SANITARI - PERS. AMMINISTRATIVI	4
PROGRAMMA NEUROGENETICA	1

PROGRAMMA SCREENING PREV.TUMORI	1
S.U.A. CASALECCHIO	1
S.U.A. PIANURA OVEST	1
S.U.A.PIANURA EST BUDRIO	1
SENOLOGIA OSPEDALE BELLARIA	1
SERV.AMM.OSP -TRASPORTI SANITARI	2
SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	8
SERVIZIO AMMINISTRATIVO PIANURA EST	2
SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE COSTI COMUNI	20
SISTEMI INFORMATICI	3
SISTEMI PER LA SICUREZZA	1
STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI PERCORSI E PROCESSI CLINICO-AS	2
SUMAEP - AUSL BO	3
SUMAGP - AUSL BO	28
SUMCF - AUSL BO	20
SUME - COSTI COMUNI	1
SUME Ordini Farmaceutici	4
SVILUPPO MODELLI ORGANIZZAT NELLE DP E COORD. SETT. TRASVERS	1
SVILUPPO ORGANIZZATIVO E GESTIONE OPERATIVA	7
U.A. ASSISTENZA DOMICILIARE RENO-GALLIERA	1
U.A. BREAST UNIT	1
U.A. IGIENE AMBIENTALE	1
U.A. MEDICINA PREVENTIVA	1
U.A. RIABILITAZIONE BENTIVOGLIO	1
U.A. RIABILITAZIONE CITTA' EST	1
U.A. RIABILITAZIONE CITTA OVEST	1
U.A. RIABILITAZIONE OM	1
U.A. RIABILITAZIONE S. GIOVANNI	1
U.O.S.I. INNOVAZIONE E SVILUPPO IRCCS	1
UA AMBULATORI OM E MEDICINA LEGALE	1
UA CENTRALE UNICA METROPOLITANA E PROC PRESA IN CARICO DIMIS	4
UA CENTRO SCREENING	4
UA CURE PALLIATIVE ADULTO	3
UA PERCORSI PERIOPER. CHIR. E COMPLET. DIAGNOST. POST-RIC	8
UA TUTELA AMBIENTI DI LAVORO EST	1
UASS BOLOGNA - PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UASS	1
UASS DELL'APPENNINO BOLOGNESE - PERSONALE E DOTAZIONE STRUME	1
UASS SAVENA-IDICE - PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UASS	1
UFF. CENTRALIZZATO ACCERTAMENTO-RECUPERO TICKET	6
UFFICIO DIREZIONE AMMINISTRATIVA S.GIOVANNI	3
UNITA' OPERATIVA PRE-OPERATORI E RICOVERI	2

UNITA' OPERATIVA RETI DI FRONT OFFICE	2
UO AMMINISTRATIVA DATeR	4
UO ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PRIVACY	3
UO DIREZIONE MEDICA OSPEDALE MAGGIORE E BELLARIA (SC)	4
UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA DEGLI AMBIENTI DI VITA APPENNIN	1
UO PROCESSI AMMINISTRATIVI CURE PRIMARIE - PERSONALE AMM.VO	10
UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (SC)	8
UO SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SC)	11
Totale complessivo	403

I dati riportati evidenziano che sulla base della “mappatura” precedentemente realizzata il maggior numero di progetti/accordi di smartworking è stato attivato in relazione alle attività svolte dai Servizi Amministrativi, trasversali di supporto ed in parte gestionali e ICT.

In realtà la nuova programmazione triennale vuole essere di stimolo, per l'organizzazione aziendale nel suo complesso, nel guardare in modo concreto all'innovazione tecnologica che offre l'opportunità di trasformare quelle che erano solo eventualità ipotizzate in possibilità concrete di attuazione di questa modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in ambiti non considerati tra quelli le cui attività rientrano tipicamente tra quelle che possono essere svolte in modalità agile.

E' così ad esempio in relazione al possibile svolgimento di televisite e teleconsulto; si tratta di possibilità che devono essere oggetto di analisi in quanto ove applicate non determinano, ai fini dell'utenza, una prestazione di minor efficacia se svolte dal professionista in ambito aziendale o da altro luogo. Si tratta quindi di modalità che, in un'ottica di evoluzione dei modelli organizzativi, possono ben bilanciare le esigenze dell'Azienda, del dipendente e quelle di chi fruisce del servizio reso che garantisce una possibilità di monitoraggio e continuità di cura nonché l'effettuazione di prestazioni da remoto nei casi di difficoltà di spostamento per paziente, ovviamente ove la tele visita o il teleconsulto possano rispondere agli specifici bisogni di salute del paziente.

Anche l'ambito della ricerca, tanto importante vista anche la natura di IRCCS dell'Azienda rappresenta un alveo naturale per lo sviluppo di progetti di smart working, aventi ad oggetto la raccolta, l'elaborazione e analisi di dati nell'ambito di studi scientifici, redazione di articoli scientifici, partecipazione a gruppi di lavoro allargati ecc..., che contemperano perfettamente ed in modo estremamente efficace gli interessi aziendali con quelli di bilanciamento dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

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, abbiano 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	ACCOGLIENZA OB	1
		ACCOGLIENZA OM	1
		ACQUISTI	1
		ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTR. SAN LAZZARO	4
		COMMITTENZA E GOVERNO DEI RAPPORTI CON IL PRIVATO ACCREDITAT	1
		COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL CITTADINO	1
		DAAT - COSTI COMUNI	2
		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO COSTI COMUNI	1
		DIRG0-DIREZ. GENERALE E ORGANI ISTITUZ.	1
		DSM -DP - SERVIZIO AMMINISTRATIVO	3
		DSP - CC UO AMMINISTRATIVA (SC)	4
		DSP - POOL UOC AMMINISTRATIVA EX AMBITO CITTA'	2
		DSP - POOL UOC AMMINISTRATIVA EX AMBITO PIANURA	2
		EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA IRCCS ISNB	1
		FUNZ.ECONOMICHE A SUPPORTO DIPARTIMENTI	1
		FUNZ.GESTIONALI A SUPPORTO DIPARTIMENTI	5
		GOVERNO DEI PERCORSI SPECIALISTICI (SC)	3
		PATRIMONIO	1
		PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UO AMMINISTRATIVA DASS	1
		POOL FUNZ. AMM.VE DIST.PORRETTA	2
		POOL FUNZIONI AMM.VE D.CASALECCHIO	2
		PROCESSI AMMINISTRATIVI SOCIO-SANITARI - PERS. AMMINISTRATIV	2
		SERV.AMM.OSP -TRASPORTI SANITARI	1
		SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	1
		SERVIZIO AMMINISTRATIVO PIANURA EST	1
		SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE COSTI COMUNI	4
		SISTEMI INFORMATICI	1
		SISTEMI PER LA SICUREZZA	1
		STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI PERCORSI E PROCESSI CLINICO-AS	1
		SUMAEP - AUSL BO	1
		SUMAGP - AUSL BO	12
		SUMCF - AUSL BO	8
		SUME Ordini Farmaceutici	3
		SVILUPPO MODELLI ORGANIZZAT NELLE DP E COORD. SETT. TRASVERS	1
		U.A. RIABILITAZIONE OM	1
		UFF. CENTRALIZZATO ACCERTAMENTO-RECUPERO TICKET	3
		UFFICIO DIREZIONE AMMINISTRATIVA S.GIOVANNI	2
		UNITA' OPERATIVA RETI DI FRONT OFFICE	1

AREA DEGLI OPERATORI	TECNICO	UO PROCESSI AMMINISTRATIVI CURE PRIMARIE - PERSONALE AMM.VO	5
		UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (SC)	2
		APPLICATIVI SANITARI	5
		SUME Ordini Farmaceutici	1
	AMMINISTRATIVO	UFF. CENTRALIZZATO ACCERTAMENTO-RECUPERO TICKET	1
		ACCOGLIENZA OM	1
		AFFARI GENERALI E LEGALI - COSTI COMUNI	1
	SOCIO-SANITARIO	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTR. SAN LAZZARO	1
		POOL FUNZ. AMM.VE DIST.PORRETTA	1
		PREVENZ. RISCHIO INFETT. STR. SAN.-SOCIOSAN.TERRIT	1
		U.A. IGIENE AMBIENTALE	1
		UA PERCORSI PERIOPER. CHIR. E COMPLET. DIAGNOST. POST-RIC	2
		UO AMMINISTRATIVA DATeR	1
		ACCESSO AI SERVIZI	1
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	AMMINISTRATIVO	ACCOGLIENZA OM	2
		ACQUISTI	1
		AFFARI GENERALI E LEGALI - COSTI COMUNI	14
		APPLICATIVI SANITARI	1
		ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTR. SAN LAZZARO	3
		COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL CITTADINO	4
		CORSO LAUREA INFERMIERE UNIFE PIEVE C. COSTI COM.	1
		CRS- UNITA' AMMINISTRATIVA	2
		DAAT - COSTI COMUNI	4
		DIR.AMMINISTRATIVA DIST.CASALECCHIO	1
		DIREZIONE AMMINISTRATIVA IRCCS	1
		DSM -DP - SERVIZIO AMMINISTRATIVO	4
		DSP - C.C. UO EPIDEM. PROM. SAL. COM. RISCHIO (SC)	1
		DSP - POOL UOC AMMINISTRATIVA EX AMBITO CITTA'	1
		DSP UO EPIDEMIOLOGIA (SS)	2
		FUNZ.ECONOMICHE A SUPPORTO DIPARTIMENTI	3
		FUNZ.GESTIONALI A SUPPORTO DIPARTIMENTI	5
		GOVERNO CLINICO	1
		GOVERNO DEI PERCORSI SPECIALISTICI (SC)	1
		LEGALE	1
		LIBERA PROFESSIONE	1
		PATRIMONIO	1
		PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE DASS DIREZIONE ATTIVITA' S	1
		PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UO AMMINISTRATIVA DASS	4
		POOL FUNZ. AMM.VE DIST.PORRETTA	6

SANITARIO	POOL FUNZIONI AMM.VE D.CASALECCHIO	1
	PROCESSI AMMINISTRATIVI SOCIO-SANITARI - PERS. AMMINISTRATIVI	2
	PROGRAMMA SCREENING PREV.TUMORI	1
	S.U.A. CASALECCHIO	1
	S.U.A. PIANURA OVEST	1
	S.U.A.PIANURA EST BUDRIO	1
	SERV.AMM.OSP -TRASPORTI SANITARI	1
	SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	3
	SERVIZIO AMMINISTRATIVO PIANURA EST	1
	SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE COSTI COMUNI	5
	STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI PERCORSI E PROCESSI CLINICO-AS	1
	SUMAEP - AUSL BO	2
	SUMAGP - AUSL BO	13
	SUMCF - AUSL BO	9
	SVILUPPO ORGANIZZATIVO E GESTIONE OPERATIVA	5
	UFF. CENTRALIZZATO ACCERTAMENTO-RECUPERO TICKET	2
	UNITA' OPERATIVA RETI DI FRONT OFFICE	1
	UO ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PRIVACY	2
	UO PROCESSI AMMINISTRATIVI CURE PRIMARIE - PERSONALE AMM.VO	5
	UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (SC)	5
	UO SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SC)	5
	COORDINAMENTO AZIENDALE CONTROLLO QUALITA E PRESTAZIONI ASS	2
	ACCOGLIENZA OM	1
	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTR. SAN LAZZARO	1
	C.C. U.O. DATER RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	2
	C.C. U.O. DATER RIABILITAZIONE TERRITORIALE	1
	C.C. UO AREA OMOGENEA IRCCS	2
	COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL CITTADINO	1
	CORSO LAUREA INFERMIERE UNIFE PIEVE C. COSTI COM.	1
	COSTI COMUNI- UO GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SSD)	1
	DSP - CC PROGR PREV.SALUTE E CRONICITA' (SSD)	1
	GOVERNO CLINICO	1
	GOVERNO DEI PERCORSI SPECIALISTICI (SC)	1
	MEDICINA LEGALE E MEDIAZIONE CONFLITTI	1
	SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	1
	SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE COSTI COMUNI	9
	SVILUPPO ORGANIZZATIVO E GESTIONE OPERATIVA	1
	U.A. ASSISTENZA DOMICILIARE RENO-GALLIERA	1
	U.A. BREAST UNIT	1
	U.A. MEDICINA PREVENTIVA	1

AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	SOCIO-SANITARIO	U.A. RIABILITAZIONE BENTIVOGLIO	1
		U.A. RIABILITAZIONE CITTA' EST	1
		U.A. RIABILITAZIONE CITTA OVEST	1
		U.A. RIABILITAZIONE S. GIOVANNI	1
		UA AMBULATORI OM E MEDICINA LEGALE	1
		UA CENTRALE UNICA METROPOLITANA E PROC PRESA IN CARICO DIMIS	4
		UA CENTRO SCREENING	4
		UA CURE PALLIATIVE ADULTO	3
		UA PERCORSI PERIOPER. CHIR. E COMPLET. DIAGNOST. POST-RIC	6
		UA TUTELA AMBIENTI DI LAVORO EST	1
		UASS DELL'APPENNINO BOLOGNESE - PERSONALE E DOTAZIONE STRUME	1
		UNITA' OPERATIVA PRE-OPERATORI E RICOVERI	2
		UO AMMINISTRATIVA DATeR	3
		DAAT - COSTI COMUNI	1
	TECNICO	UASS SAVENA-IDICE - PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UASS	1
		APPLICATIVI SANITARI	3
		COSTI COMUNI - UO INGEGNERIA CLINICA (SC)	1
		PO 891 PROG. PNC DARE DIGITAL LIFELONG PREVENTION PNC00000	1
		SISTEMI INFORMATICI	2
		UO SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SC)	2
AREA RICERCA SANITARIA	AMMINISTRATIVO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA IRCCS	1
		GOVERNO DEI PERCORSI SPECIALISTICI (SC)	1
		POOL FUNZ. AMM.VE DIST.PORRETTA	1
		SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	2
		SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE COSTI COMUNI	2
		SUMAGP - AUSL BO	3
		SUMCF - AUSL BO	3
	TECNICO	DSM -DP - SERVIZIO AMMINISTRATIVO	1
		SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI	1
	RICERCA SANITARIA E SUPPORTO RIC. SAN.	UFFICIO DIREZIONE AMMINISTRATIVA S.GIOVANNI	1
		PO 725 PROGETTO PIRAMIDE DELLA RICERCA	26
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	DSP - CC UO AMMINISTRATIVA (SC)	1
		GESTIONE LOGISTICA MAGAZZINI ECONOMALI	1
		SUME - COSTI COMUNI	1
		SVILUPPO ORGANIZZATIVO E GESTIONE OPERATIVA	1
		UO ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PRIVACY	1
		UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (SC)	1
DIRIGENTE ANALISTA	TECNICO	DSP - COSTI COMUNI DIREZIONE	1
		UO SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SC)	3

DIRIGENTE AVVOCATO	PROFESSIONALE	LEGALE	4
DIRIGENTE BIOLOGO	SANITARIO NON MEDICO	DSP - CC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	1
		DSP UO EPIDEMIOLOGIA (SS)	1
		PROGRAMMA NEUROGENETICA	1
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	SANITARIO NON MEDICO	C.C AREA DATER RIABILITAZIONE	1
		CC MANAGEMENT INTEGRAZIONE SOCIO SANIT E RETE CURE PALLIATIV	1
DIRIGENTE FARMACISTA	SANITARIO NON MEDICO	GOVERNO CLINICO	1
DIRIGENTE FISICO	SANITARIO NON MEDICO	DSP - CC PROGRAMMA AMBIENTE E SALUTE (SSD)	1
		FISAN-OM -FISICA SANITARIA	2
		FISOB-FISICA SANITARIA C/O OSPED.BELLARIA	2
		UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA DEGLI AMBIENTI DI VITA APPENNIN	1
DIRIGENTE INGEGNERE	PROFESSIONALE	CRS- CENTRO REGIONALE SANGUE	1
		GOVERNO CLINICO	1
DIRIGENTE MEDICO	SANITARIO	COSTI COMUNI - UO CONSULTORI FAMILIARI (SC)	1
		COSTI COMUNI - UO SerDP NAVILE (SS)	1
		DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE COSTI COMUNI	1
		DSP UO EPIDEMIOLOGIA (SS)	1
		EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA IRCCS ISNB	1
		IO DIREZIONE MEDICA OSPEDALE SPOKE	2
		MEDICINA LEGALE E MEDIAZIONE CONFLITTI	1
		NPIA BOLOGNA EST	1
		NPIA BOLOGNA OVEST	1
		ORT-OM -ORTOPEDIA	1
		SENOLOGIA OSPEDALE BELLARIA	1
		UO DIREZIONE MEDICA OSPEDALE MAGGIORE E BELLARIA (SC)	4
DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	SANITARIO	NPIA ATT. TERR. COSTI COMUNI	1
DIRIGENTE PSICOLOGO	SANITARIO NON MEDICO	U.O.S.I. INNOVAZIONE E SVILUPPO IRCCS	1
DIRIGENTE SOCIOLOGO	SOCIO-SANITARIO	UASS BOLOGNA - PERSONALE E DOTAZIONE STRUMENTALE UASS	1
DIRIGENTE STATISTICO	TECNICO	COMMITTENZA E GOVERNO DEI RAPPORTI CON IL PRIVATO ACCREDITAT	1
		GESTIONE CONTRATTI DI FORNITURA	1
		UO SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SC)	1
Totale complessivo			403

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 che alla formalizzazione dei relativi accordi così come anche evidenziato nella circolare del

La misurazione e valutazione della performance

Relativamente allo stato di implementazione del lavoro agile, gli obiettivi da porsi dovrebbero essere strettamente collegati e discendere da quelli strategici aziendali e collocarlo all'interno di una visione di medio periodo che vede l'azienda orientata ad un reale processo di cambiamento, innovazione e transizione sostenibile.

In ordine, comunque, alla dimensione di valutazione del POLA di performance organizzativa aziendale, una valutazione circa lo stato di implementazione a livello aziendale riguarda:

- **il livello di digitalizzazione**, in termini di sviluppo, che le Aziende si devono porre 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 è 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 permette di misurare il livello di capacità delle Aziende 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. Di conseguenza occorre porsi un obiettivo di periodo rivolto a garantire una reale transizione al lavoro agile per i settori e le aree indicati nel POLA;
- **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.

Valutazione della performance individuale

Il sistema di valutazione della performance individuale e soprattutto il lavoro condotto in questi ultimi anni è stato rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni dall'alto, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Pertanto, per il momento si ritiene necessario mantenere tale impianto, articolato nelle tre dimensioni valutative proposte dall'OIV-SSR con la delibera 5/2017 che riguarda la performance organizzativa, gli obiettivi individuali annualmente assegnati e i contributi organizzativi.

Performance organizzativa

L'Area della performance organizzativa riguarda i risultati relativi all'ambito organizzativo di appartenenza.

L'appartenenza ad una U.O. deve comportare la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati raggiunti dall'organizzazione stessa, indipendentemente dalla tipologia di incarico assunto.

Una buona organizzazione deve basarsi, soprattutto, sul gioco di squadra e sul senso di appartenenza, prevenendo così il possibile rischio di alcuni professionisti di operare in modo tendenzialmente isolato.

Il lavoro agile, se non opportunamente gestito, corre questo rischio.

Si ritiene, pertanto, che i livelli di performance organizzativa assegnati ad ogni singola Unità Operativa debbano valere per tutti gli appartenenti all'organizzazione stessa, non ravvisando la necessità di individuare indicatori differenti per personale che ha optato per il lavoro agile.

Obiettivi individuali

Gli obiettivi individuali vanno individuati secondo target definiti in relazione al livello di responsabilità e di incarico professionale rivestito da ogni singolo dipendente. Per quanto riguarda questa dimensione valutativa gli obiettivi e gli indicatori devono rimanere quelli legati all'incarico rivestito e già consolidati nel sistema di valutazione individuale.

La valutazione dei comportamenti e contributi organizzativi

In ordine a questa ultima dimensione valutativa, l'impianto vigente in Azienda prende già in considerazione tali aspetti, che non vanno considerati in modo diverso a seconda che il professionista stia lavorando in presenza o a distanza.

Gli impatti esterni e 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 contribuire in maniera significativa 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.

Se si considera, in particolare, l'abitudine della maggioranza dei lavoratori (65-70%) ad usare il mezzo privato per recarsi al lavoro, il lavoro agile può costituire la chiave per un futuro in cui le città si liberano dal traffico congestionato e migliorando la qualità della vita e dell'aria. Per farlo, però, occorre non perdere l'occasione e creare le condizioni perché il lavoro agile costituisca, ove possibile, una valida alternativa al lavoro in presenza.

Ciò premesso, 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 dei costi di rimborso 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 data 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 trasporto 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.

Per quanto riguarda i sistemi di riscaldamento o di aria condizionata negli uffici, vi è la necessità di procedere gradualmente all'ottimizzazione dell'uso degli spazi di lavoro in base alla presenza della forza lavoro durante la settimana lavorativa e all'adozione di sensori di movimento o di sistemi intelligenti, in quanto il rischio è che gli edifici continuino a consumare il 100% dell'energia anche quando soltanto il 50% della forza lavoro si trova in ufficio. In tal caso il consumo aumenterebbe se si considerano i lavoratori che da remoto accendono luci, laptop e impianti di riscaldamento nelle proprie case. Il consumo energetico aziendale forse diminuisce, ma l'impatto ambientale totale delle attività dell'azienda finirebbe per aumentare.

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 coworking, 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 lavorativi

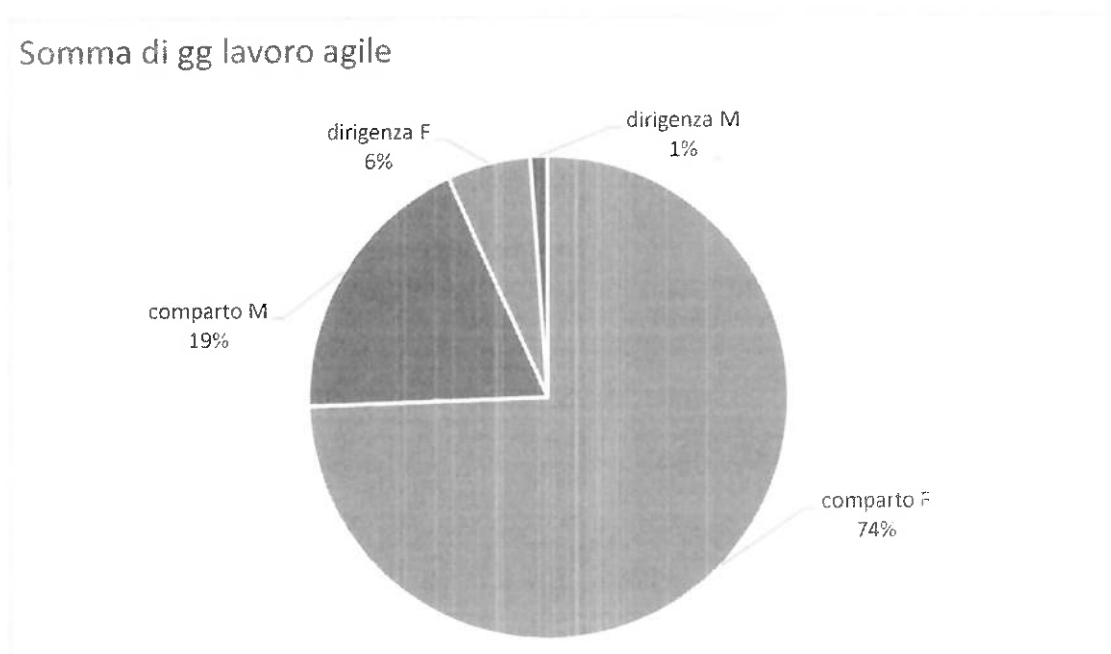
Tipologia dipendente	gg lavoro agile	gg lavorativi
comparto	24887	102296
AMMINISTRATIVO	14457	64341
RICERCA SANITARIA E SUPPORTO RIC. SAN.	732	6145
SANITARIO	6457	22784
SOCIO-SANITARIO	1498	3593
TECNICO	1743	5433
dirigenza	1808	11324
AMMINISTRATIVO	42	1265
PROFESSIONALE	146	1518
SANITARIO	733	2578
SANITARIO NON MEDICO	648	4251
SOCIO-SANITARIO	12	253
TECNICO	227	1459
Totale complessivo	26695	113620

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

Contratto	Genere	Dipendenti che hanno usufruito di giorni di lavoro agile	gg di lavoro agile effettuati nell'anno	gg lavorativi dell'anno
comparto	F	322	19880	80178
	M	89	5007	22118
comparto Totale		411	24887	102296
dirigenza	F	36	1501	8853
	M	10	307	2471
dirigenza Totale		46	1808	11324
Totale complessivo		457	26695	113620

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 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 nel suo complesso.

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e
Organizzazione 2025-2027)

SOMMARIO

PREMESSA	5
LINEE STRATEGICHE E SOGGETTI NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	5
Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2025-2027	6
Il supporto al RPCT	6
I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione	7
SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	11
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	12
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	12
Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza per il contrasto e la prevenzione della corruzione	12
La Mappatura dei processi	12
Il sistema di valutazione del rischio	13
TRATTAMENTO DEL RISCHIO: LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	13
Il sistema di monitoraggio	14
Il monitoraggio semestrale	14
Misure Generali: rendicontazione e programmazione attività	14
Formazione	14
Rotazione	15
Codice di Comportamento	16
Dichiarazioni Codice di Comportamento	16
Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	17
Patti di integrità	19
Commissioni e conferimento di incarichi in caso di condanna (Art. 35-bis)	19
Pantouflage	19
Rotazione straordinaria	19
Whistleblowing – Segnalazione di condotte illecite	19
Misure specifiche: rendicontazione e programmazione attività	20
Aree di rischio Generali	20
Contratti pubblici	20
Atti di Liberalità, Contratti di Sponsorizzazione e Formazione Sponsorizzata	20
Aree di rischio specifiche	21
Attività libero professionale e liste di attesa	21
Decessi in ambito intraospedaliero	22
Rapporti con soggetti erogatori – Accordi con il privato accreditato	23
TRASPARENZA E INTEGRITÀ	24
Novità normative del 2023-2024 in materia di trasparenza	24
Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili	25
Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione	25
Pubblicazione delle Banche Dati di cui l'Azienda è titolare	26
Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	26
Obiettivi triennali in materia di trasparenza	27

Gestione accesso civico	27
Registro degli accessi	27
ALLEGATI	30

SIGLE E ABBREVIAZIONI

AAPP	Amministrazioni Pubbliche
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AUSA	Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti
AVEC	Area Vasta Emilia Centrale
Azienda USL	Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PNC	Piano Nazionale degli Investimenti Complementari
PNE	Piano Nazionale Esiti
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PSS E-R	Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
UIF	Unità di Informazione Finanziaria
UPD	Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

PREMESSA

Con l'introduzione del **PIAO** (art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80), il RPCT è tenuto a predisporre, nella sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, una Sottosezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza all'interno del complessivo strumento integrato di programmazione aziendale.

La *ratio* del legislatore è quella di **semplificare e ottimizzare la programmazione** nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle AA.PP. funzionale all'attuazione del **PNRR**, strumento di pianificazione strategico nazionale finalizzato a garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati nel programma europeo **Next Generation EU (NGEU)**.

La presente sottosezione del PIAO per il triennio 2025-2027 è stata predisposta sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dalla Direzione Generale, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, degli indirizzi definiti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023) e delle indicazioni operative contenute nel documento "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Prime indicazioni condivise tra le Regioni per Aziende ed Enti del SSN", approvato dalle Regioni e Province autonome in sede di Commissione Salute il 13/12/2022 e dalle Delibere della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 990 del 19.6.2023, avente ad oggetto, Linee guida per la predisposizione del PIAO delle aziende ed enti del SSR" e n. 973 del 23.6.2025 avente ad oggetto "D.G.R. 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".

Questa sottosezione definisce la **strategia di prevenzione della corruzione** sulla base di un'appropriata ed effettiva analisi dell'organizzazione, mappatura dei processi e valutazione del diverso livello di esposizione al rischio delle attività degli uffici, attraverso l'individuazione e la programmazione di interventi puntuali e specifici volti a prevenire e/o ad incidere sul medesimo rischio corruttivo.

Nell'ottica unitaria del PIAO, quale strumento di programmazione integrato finalizzato ad orientare le attività dell'Amministrazione alla realizzazione del **valore pubblico** – inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio - la prevenzione della corruzione contribuisce a **generare e proteggere il valore pubblico**, riducendo il rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione.

Gli **obiettivi di prevenzione della corruzione** sono quindi strettamente **integrati e connessi con gli obiettivi delle altre sottosezioni, prime fra tutte quella della performance**, in vista della realizzazione degli obiettivi di valore pubblico.

La strategia di prevenzione della corruzione e delle forme di "cattiva amministrazione" mantiene la sua centralità e si rafforza nei suoi connotati "strutturali" di prevenzione, con strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

LINEE STRATEGICHE E SOGGETTI NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il sistema di prevenzione della corruzione prevede l'articolazione del processo di formulazione ed attuazione delle strategie anticorruzione mediante un'azione coordinata tra livello nazionale e ciascuna amministrazione.

A livello nazionale le strategie di prevenzione della corruzione si definiscono mediante il Piano Nazionale Anticorruzione che costituisce l'atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Nell'attuale fase storica, in cui le amministrazioni pubbliche sono chiamate a realizzare i traguardi e gli obiettivi stabiliti dal PNRR, la prevenzione della corruzione, in ragione della sua dimensione trasversale rispetto alle attività istituzionali dell'amministrazione pubblica, ha il compito di far comprendere l'importanza del **valore pubblico** e quindi la necessità di preservare la dimensione dello stesso, mediante misure organizzative idonee a neutralizzare/minimizzare i rischi corruttivi.

Le scelte del legislatore, negli ultimi anni, di incentivare la semplificazione amministrativa e la digitalizzazione dei processi, nonché la razionalizzazione normativa quali mezzi di contrasto alla corruzione, rafforzano l'idea che, in realtà, il fenomeno corruttivo è maggiormente diffuso là dove è presente un sistema di approccio alla pubblica amministrazione basato su procedure farraginose, complesse e regole stratificate che favoriscono la cultura dell'illegalità.

In linea con gli indirizzi nazionali, le linee strategiche di prevenzione della corruzione del triennio sono orientate a:

- digitalizzare le procedure, strutturando maggiormente i flussi informativi anche dal punto di vista dell'utente interno, relativamente al rispetto degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento e dalla normativa in materia di trasparenza e contratti pubblici;
- reingegnerizzare i processi clinico-assistenziali, dopo una prima fase di analisi e studio preliminare delle metodologie e strumentazioni più efficaci per giungere ad una loro completa mappatura, conclusasi nel 2024, sono in corso valutazioni per l'acquisizione di un applicativo informatico che consenta di addivenire ad un'unica mappatura dei processi aziendali, finalizzata anche alla gestione dei sistemi di controllo;
- rafforzare la trasparenza amministrativa, strumento principe nell'ottica di prevenzione dei fenomeni corruttivi, attraverso misure tese a rendere possibile una migliore comprensione e un maggior coinvolgimento della cittadinanza;
- rafforzare l'imparzialità amministrativa, con la previsione, tra le altre, di misure tese a consolidare la gestione del conflitto di interessi, in particolare nelle procedure di affidamento degli appalti e concessioni, oltre che per il contrasto al fenomeno del *pantouflage* e di iniziative formative incentrate sulla cultura dell'etica.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2025-2027

L'elaborazione della sottosezione tiene conto, in linea con le indicazioni contenute nel documento *"Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Prime indicazioni condivise tra le Regioni per Aziende ed Enti del SSN"* approvato in sede di Commissione Salute, degli obiettivi generali previsti nei documenti strategici nazionali (PNE, NSG, PNRR) e degli obiettivi strategici previsti a livello regionale, contenuti nel PSS E-R, e aziendale, attraverso lo sviluppo degli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

Poiché ogni amministrazione presenta propri differenti livelli e fattori abilitanti al rischio corruttivo per via delle specificità ordinamentali e dimensionali, nonché del contesto territoriale, sociale, economico, culturale e organizzativo, l'elaborazione della sottosezione tiene conto di tali fattori di contesto.

In vista della redazione della presente sottosezione, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2025-2027 sono stati preliminarmente sottoposti alla Direzione Generale e meglio declinati nell'allegato 1.

Come ogni anno, viene assicurata una **stretta integrazione con i processi di programmazione, controllo e valutazione aziendali**, attraverso la previsione, tra gli obiettivi strategici aziendali del 2025, quelli in materia di prevenzione della corruzione, definiti nelle Linee Guida al Budget 2025.

Con il Master Budget 2025 agli obiettivi strategici vengono associati indicatori che consentono di rendere valutabile il loro raggiungimento.

Gli obiettivi sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza vengono altresì declinati in obiettivi di performance annuali/operativi delle strutture o dei servizi aziendali (sottosezione Performance).

Il supporto al RPCT

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione dipende anche dall'architettura istituzionale e organizzativa nella quale si trova ad operare il RPCT.

Per le importanti e centrali funzioni di coordinamento esercitate dal RPCT nel sistema di prevenzione della corruzione, è stato realizzato negli anni un contesto istituzionale e organizzato in grado di favorire il più possibile azioni condivise e sinergiche, che potessero essere di effettivo supporto al RPCT.

Al di fuori del contesto aziendale sono molteplici le sedi di confronto e coordinamento sulle politiche di prevenzione e contrasto della corruzione.

In ambito AVEC, il RPCT è membro del **Tavolo di lavoro permanente composto da tutti i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende AVEC**, quale sede di continuo scambio informativo e coordinamento delle azioni da intraprendere, mentre a livello regionale, è componente del **Tavolo per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR**, quale sede di condivisione delle migliori prassi e di promozione di misure comuni, e partecipa anche alla **Rete per l'Integrità e la Trasparenza**, che consente di condividere esperienze e attività di prevenzione ed organizzare attività formative comuni.

Nel contesto aziendale, invece, il RPCT si avvale del supporto di una apposita **struttura organizzativa**, denominata “Anticorruzione e Trasparenza”, e, sulla base del principio della “responsabilità diffusa”, di una **Rete di Referenti anticorruzione e di Responsabili di pubblicazione**.

I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione

La strategia di prevenzione della corruzione, come già precisato, deve essere il più possibile condivisa e partecipata. È di fondamentale importanza il coinvolgimento e la partecipazione attiva nell'elaborazione, attuazione e monitoraggio delle misure previste nella presente sottosezione dei seguenti soggetti:

- **Il Direttore Generale**, in qualità di organo di vertice dell'Azienda USL, svolge un ruolo nevralgico e proattivo nella strategia di prevenzione della corruzione, in quanto è tenuto non solo ad individuare e nominare il RPCT e a creare un contesto organizzativo che sia di reale supporto allo stesso, ma anche a definire gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella fase di elaborazione della presente sottosezione.
- **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** ricopre un ruolo centrale e di coordinamento nel sistema di prevenzione della corruzione, con compiti inerenti:
 - alla predisposizione della sottosezione prevenzione della corruzione del PIAO e alla verifica dell'attuazione, idoneità e osservanza delle misure ivi previste;
 - alla promozione della trasparenza amministrativa, con particolare riferimento al rispetto degli obblighi di pubblicazione, alla gestione delle istanze di accesso civico semplice e delle richieste di riesame riguardanti l'accesso civico generalizzato;
 - al rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
 - al Codice di Comportamento aziendale;
 - alla gestione delle segnalazioni di illeciti (c.d. whistleblowing).

L'incarico di RPCT dell'Azienda USL è attualmente ricoperto dalla dott.ssa Silvia Taglioli, Dirigente Amministrativo a tempo indeterminato, Direttore della U.O. Anticorruzione e Trasparenza (SC), in Staff al Direttore Generale, ed è stato conferito con deliberazione n. 304 del 5 agosto 2022.

Per garantire la necessaria continuità del ruolo di coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione nei casi di **assenza temporanea del RPCT**, il ruolo di sostituto dello stesso è ricoperto dalla dott.ssa Giancarla Pedrazzi, Direttore della U.O. Affari Generali e Legali, individuata dal Direttore Generale con nota prot. n. 18530 del 17/02/2023.

- **I Referenti per la prevenzione della corruzione** ricoprono un importante ruolo di supporto e collaborazione al RPCT, soprattutto in considerazione delle dimensioni e della complessità organizzativa che caratterizzano l'Azienda USL.

I principali compiti dei Referenti si sostanziano in:

- attività di supporto informativo e conoscitivo al RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri sugli aspetti organizzativi e sulle attività;
- partecipazione attiva a gruppi tecnici di lavoro su specifiche tematiche e collaborazione nelle attività di aggiornamento del Registro rischi e nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;

- collaborazione nelle attività di monitoraggio periodico sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Tabella 1 - I Referenti in materia di prevenzione della corruzione

Nominativo	Servizio
Baroni Raffaella	UO Sistemi Informativi Aziendali
Landi Lorena	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)
Bonadies Aldo	Coordinamento Staff Direzione aziendale, UO Sviluppo Organizzativo e Gestione Operativa
Crugliano Antonella	Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV
Dal Fiume Luca	Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP
Descovich Carlo	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità
Di Silvestre Roberto	UO Medicina Legale e Risk Management
Falasca Giulia	UO Ingegneria Clinica
Forni Andrea	UO Libera Professione
Ghedini Pierfrancesco	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
Lelli Luca	Servizio Unico Metropolitan Economato SUME
Longanesi Andrea	IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche
Lucchi Fabio	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Maci Marilia	UO Programmazione e Controllo
Masini Stefano	Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza SUMCF
Maurizzi Alberto	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere - DAATO
Mezzetti Francesca	UO Governo dei Percorsi di Screening
Mezzetti Francesca f.f.	UO Governo dei Percorsi Specialistici
Minelli Monica f.f.	UO Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS
<i>non assegnato</i>	Dipartimento della Rete Ospedaliera - DRO
Pedrini Daniela	UO Gestione del Patrimonio - PAT
Pagliacci Donatella	Dipartimento delle Cure Primarie - DCP
Pandolfi Paolo	Dipartimento Sanità Pubblica - DSP
Pedrazzi Gian Carla	UO Affari Generali e Legali - AGL
Pelati Cristiano	Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo - DATeR
Protonotari Adalgisa	UO Committenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato
Reggiani Claudia	Dipartimento Tecnico Patrimoniale
Rondinelli Maria Beatrice	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana di Bologna - SIMT
Solmi Riccardo	Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP
Urbinati Stefano	Dipartimento della Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale
Valenti Danila	Dipartimento dell'Integrazione
Zuccheri Paola	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

- **I Responsabili della pubblicazione** collaborano con il RPCT alla promozione della trasparenza amministrativa, svolgendo, in particolare, i seguenti compiti:
 - pubblicazione di documenti, dati e informazioni (anche sotto l'aspetto qualitativo) nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale e trasmissione, con cadenza semestrale, di un documento di monitoraggio sul corretto adempimento di tali obblighi;
 - partecipazione alla definizione delle misure di prevenzione della corruzione, proponendo modalità per rendere più trasparenti e fruibili processi "opachi" emersi durante la fase di individuazione e ponderazione del rischio corruttivo;
 - supporto informativo al RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri utili al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione;
 - partecipazione ai gruppi tecnici di lavoro su specifiche tematiche.

Tabella 2 - I Responsabili della pubblicazione

Nominativo	Servizio
Baccarini Michele	Distretto Savena Idice
Baroni Raffaella	UO Sistemi Informativi Aziendali
Bonadies Aldo	Coordinamento Staff Direzione aziendale, UO Sviluppo Organizzativo e Gestione Operativa
Bonadies Aldo (Coordinamento)	UO Comunicazione (SS)
Cestarollo Silvia	Distretto Reno, Lavino e Samoggia
Crugliano Antonella	Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV
Dal Fiume Luca	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP
Descovich Carlo	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità
Di Silvestre Roberto	UO Medicina Legale e Risk Management
Falasca Giulia	UO Ingegneria Clinica
Ferro Giovanni	UO Direzione Amministrativa IRCCS
Forcione Rossana	UO Amministrativa DSP - DAATO
Forni Andrea	UO Libera Professione
Ghedini Pierfrancesco	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
Lelli Luca	Servizio Unico Metropolitano Economato - SUME
Maci Marilia	UO Programmazione e Controllo
Magri Elena	Processi Amministrativi dell'Accesso
Marino Giampaolo	Distretto Pianura Est
Masini Stefano	Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza - SUMCF
Maurizzi Alberto	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere - DAATO
Maurizzi Alberto	UO Processi Amministrativi Socio-Sanitari - DAATO
Melandri Laura	UO Servizi Amministrativi Ospedalieri - DAATO
Mezzetti Francesca f.f.	UO Governo dei Percorsi Specialistici
Minelli Monica f.f.	UO Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS
<i>non assegnato</i>	Dipartimento della Rete Ospedaliera – DRO
Pedrini Daniela	UO Gestione del Patrimonio
Pedrazzi Gian Carla	UO Affari Generali e Legali - AGL
Pelati Cristiano	Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo - DATeR
Protonotari Adalgisa	UO Committenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato
Reggiani Claudia	Dipartimento Tecnico Patrimoniale
Rondinelli Maria Beatrice	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana di Bologna
Salmaso Rossella	UO Processi Amministrativi Cure Primarie - DAATO
Santoro Francesca	Distretto Pianura Ovest
Solfrini Valentina	Distretto dell'Appennino Bolognese
Solmi Riccardo	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP
Taglioli Silvia	UO Anticorruzione e Trasparenza
Vaona Isabella	Direzione Sanitaria
Zuccheri Paola	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

- L'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)**
 L'OIV unico per il SSR svolge un importante ruolo di coordinamento tra il sistema di gestione della performance e il sistema di prevenzione della corruzione.
 Relativamente ai compiti connessi con il sistema di prevenzione della corruzione, l'OIV garantisce il necessario supporto nel processo di gestione del rischio.
 L'OAS, afferente alla Direzione Strategica Aziendale, garantisce il necessario supporto informativo all'OIV-SSR ai fini di un più efficace esercizio delle funzioni relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- Il Servizio Ispettivo Metropolitano**, nell'ambito delle sue funzioni (come da delibera n. 326 del 21/08/2024), collabora con il RPCT nella gestione di istruttorie avviate a seguito di

segnalazioni pervenute. In particolare, il RPCT, qualora lo ritenga necessario, richiede la sua attivazione agli organi di vertice. Agli esiti degli accertamenti effettuati, il Servizio Ispettivo Metropolitano provvede a trasmettere i relativi verbali al RPCT e agli organi di vertice.

- **L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)** dell'Azienda USL assicura piena collaborazione e supporto al RPCT ogni qualvolta quest'ultimo segnala, per l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza e gli eventuali inadempimenti o parziali adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione.

L'UPD è tenuto inoltre a supportare il RPCT:

- nelle attività di vigilanza e monitoraggio sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento nazionale e aziendale;
- nell'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e nella raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

L'UPD è tenuto, inoltre, a predisporre una relazione annuale dell'intera attività disciplinare svolta e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o illegali da trasmettere al RPCT (vedasi contesto interno).

- **Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** verifica e/o compila le informazioni e i dati identificativi della stazione appaltante presso l'AUSA. Il RPCT verifica periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante. Anche per il 2025 è stata assicurata la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA, con aggiornamento annuale degli elementi identificativi. Si dà atto che il RPCT ha verificato la corretta individuazione e abilitazione del RASA aziendale all'utilizzo del relativo profilo utente.

Il rapporto tra RPCT e RASA è assicurato da continui incontri informativi su specifiche tematiche inerenti all'area dei Contratti Pubblici.

- **Il soggetto "Gestore" aziendale in materia di antiriciclaggio** ha il compito di comunicare all'UIF¹ dati e informazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo di cui viene a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La funzione che esercita è quella di prevenire e contrastare tutte quelle attività di riciclaggio provenienti da azioni illegali che consistono in conversione o trasferimento di beni, occultamento o dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sui beni, acquisto, detenzione o utilizzo dei beni di cui si conosce la provenienza criminosa.

L'Azienda USL, ai sensi dell'art. 10, commi 4 e 5, del D.Lgs. n. 231/2007, ha provveduto a:

- nominare, con deliberazione n. 293 del 9/11/2016, il "Soggetto Gestore" aziendale nella persona del dott. Luca Lelli, Direttore del SUME. Con deliberazione n. 412 del 31.10.2024 si è provveduto a prorogare l'incarico per ulteriori cinque anni e a prevedere un coordinamento con il RPCT per garantire la necessaria collaborazione nell'espletamento delle funzioni affidate al Gestore Antiriciclaggio;
- adottare, con deliberazione n. 80 del 10/03/2023 unitamente all'allegato 1 – Indicatori di anomalia tratti dal documento UIF "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni" e all'allegato 2 "Modulo segnalazione interna operazione sospetta".

Anche per l'anno 2025 si rileva che il Gestore Antiriciclaggio risulta regolarmente registrato e autorizzato ad accedere all'applicazione INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia e che non risultano essere state trasmesse alla UIF segnalazioni di anomalie.

- **Tutto il personale operante a qualunque titolo all'interno dell'Azienda** partecipa alla definizione, attuazione e osservanza del sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda USL, prestando la propria collaborazione al RPCT e rispettando tutte le prescrizioni contenute nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO. Tutto il personale è tenuto a conformare il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento e a segnalare eventuali situazioni illecite di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio delle

¹ <https://uif.bancaditalia.it/homepage/index.html?com.dotmarketing.htmlpage.language=102>

proprie funzioni, conformemente a quanto disciplinato nel protocollo operativo adottato con delibera n. 237 del 05.07.2023.

SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Allo stato attuale, il sistema di monitoraggio e di riesame consta degli strumenti di seguito riportati. Già dal 2022, al fine di semplificare le attività di monitoraggio dei Referenti anticorruzione e dei Responsabili di Pubblicazione, è stato digitalizzato il processo di rendicontazione degli esiti di monitoraggio attraverso il "Data Base Anticorruzione".

➤ Relazioni semestrali

Le relazioni semestrali 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. Uno strumento analogo viene utilizzato per la verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Responsabili di Pubblicazione.

Tale strumento serve anche a monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di budget assegnati in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

➤ Report

I report consentono un puntuale monitoraggio dell'attuazione e del controllo delle misure programmate attraverso l'estrapolazione di dati da tutti i software e banche dati utilizzati. Questo strumento permette di rilevare il rispetto e l'attuazione delle procedure e delle misure definite, nonché la loro idoneità in termini di effettiva capacità di ridurre il rischio corruttivo.

✓ Audit interno

L'Azienda USL ha istituito, con delibera n. 464 del 21/12/2022, la funzione di Audit interno, affidandola ad un Gruppo aziendale multidisciplinare (la cui composizione è stata aggiornata con delibera n. 351 del 11.9.2024), con il mandato di intervenire, tra gli altri, nell'ambito relativo agli "interventi a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi".

Nel corso del 2024 la funzione aziendale di Audit interno, ha svolto, secondo le modalità e le indicazioni fornite dal Nucleo Audit regionale, le attività di audit in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure relative alla PNRR/PNC come da Determinazione di Giunta Regionale n. 23188/2023 nonché come da DGR n. 945/2024. Nello specifico con riferimento alla Missione 6 PNRR, nel secondo semestre del 2024, sono stati eseguiti audit rispettivamente su n.3 procedure di affidamento presso il Dipartimento Tecnico Patrimoniale, n. 2 procedure di affidamento presso l'U.O. Ingegneria Clinica e n. 2 procedure di affidamento presso l'U.O. Tecnologie Informatiche e di comunicazione, con verifica formale di apposite check list lato approvvigionamento, nonché lato contabile.

Inoltre, sono state recepite con delibera Azienda Usl di Bologna n. 497/2024 le Linee guida di cui alla Determinazione di Giunta Regionale n. 18741/2024 per la definizione del sistema di controllo interno nelle aziende del sistema sanitario regionale.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno rappresenta un tassello importante del sistema di gestione del rischio perché consente di calibrare le misure di prevenzione della corruzione.

Nell'allegato 2 si riporta l'analisi del contesto esterno effettuata dalla Rete per l'Integrità e la Trasparenza della Regione Emilia-Romagna, mediante l'individuazione e la descrizione delle caratteristiche socioeconomiche e criminologiche, di dati e informazioni relative al territorio nel quale l'Azienda si trova ad operare (talora riferiti al livello regionale e nazionale).

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno è stata effettuata con riguardo alle caratteristiche della struttura organizzativa dell'Azienda USL, di cui si dà evidenza nelle altre sezioni del PIAO, alla mappatura dei processi e alla valutazione del rischio, che costituiscono una parte fondamentale per una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione. Si è tenuto conto, inoltre, degli esiti dei procedimenti disciplinari conclusi dall'UPD e delle segnalazioni pervenute al RPCT.

Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza per il contrasto e la prevenzione della corruzione

L'analisi delle risultanze del sistema di ascolto, sia dal punto di vista del cittadino sia dei professionisti e operatori sanitari, costituisce un ulteriore elemento di conoscenza che consente, approfondendo l'analisi del contesto, di accrescere l'impatto organizzativo delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione previste nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, contribuendo fattivamente al sostegno di una cultura organizzativa che si esprime nell'interesse al miglioramento sia del processo che del prodotto fornito.

L'analisi sulle aree di rischio generali e specifiche viene eseguita anche alla luce delle segnalazioni pervenute all'URP aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva, come da procedura P027 AUSLBO – revisione 4 del 2019, nonché quelle pervenute all'UPD e al RPCT.

Al 31.12.2024 sono pervenute all'UPD n.34 segnalazioni per infrazioni, per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale. Da queste segnalazioni sono stati avviati n. 33 procedimenti disciplinari, di cui n. 9 in fase istruttoria e n. 24 conclusi con provvedimento. Per quanto attiene invece alle segnalazioni trasmesse al RPCT, nel 2024 sono state trasmesse n. 3 segnalazioni anonime, 4 whistleblowing.

La Mappatura dei processi

La mappatura dei processi ha tenuto conto delle Aree di rischio individuate da ANAC, con particolare riguardo alle Aree tematiche in Sanità.

Il Registro Rischi identifica e descrive i processi e le attività di ogni singola articolazione organizzativa aziendale. I processi mappati risultano essere 188, suddivisi in circa 759 attività.

Il **Registro Rischi** (allegati 3, 4, 5) è stato costruito con la determinante collaborazione delle strutture aziendali titolari/responsabili dei processi/attività oggetto di analisi e si compone delle seguenti sezioni:

- **Mappatura dei processi/attività**

Individua e descrive i processi/attività, con indicazione degli input/output e i diversi livelli di responsabilità;

- **Valutazione dei rischi**

Individua i fattori abilitanti con analisi e relativa graduazione del rischio corruttivo, unitamente alle relative evidenze documentali;

- **Trattamento del rischio**

Sono individuate le misure generali e specifiche già attuate;

- **Monitoraggio**

successivamente descritto nel paragrafo Trattamento del Rischio.

L'ingente mole di dati che compone il Registro Rischi ha richiesto la realizzazione di un apposito Database, denominato "DB Anticorruzione", attraverso l'interfaccia software Access, contenente la mappatura e la valutazione dei processi aziendali individuati; la sezione dedicata al trattamento del

rischio, ha riguardato l'intero processo tenendo comunque conto delle singole attività che lo compongono.

Nel corso del 2024 è stato realizzato uno studio di fattibilità volto all'acquisizione di un applicativo per la gestione della **mappatura dei processi aziendali, compresi quelli clinico-assistenziali**, in grado di soddisfare un utilizzo multiutenza, funzionale alla gestione del rischio corruttivo, al controllo di gestione e più in generale a tutti i controlli interni di secondo livello.

Per quanto attiene ai processi clinico assistenziali, i lavori sono poi proseguiti nel 2025, con l'avvio, in fase sperimentale, della mappatura del processo "Prescrizione farmaci ad alto costo", con attivazione di un apposito gruppo di lavoro, costituito a livello di Area Vasta Emilia Centro e Ausl Romagna.

Sempre nel corso del 2024, si è proceduto, nell'ambito di tre gruppi di lavoro che hanno visto coinvolte le aziende sanitarie di Area Vasta Emilia Centro e della AUSL Romagna, ad aggiornare e/o integrare il registro rischi relativamente ai seguenti processi:

- Gestione delle Liste d'attesa;
- Cybersicurezza;
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici relativi al DSM.

Il sistema di valutazione del rischio

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di sottoporre ad una attenta e accurata valutazione dei fattori abilitanti della corruzione, nonché di stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Il processo di valutazione del rischio di tipo qualitativo, come definito dal PNA 2019, è stato realizzato con il necessario coinvolgimento della rete dei Referenti Anticorruzione nella fase di identificazione ed analisi dei rischi connessi alle attività di propria competenza.

Il metodo di valutazione del rischio proposto per ogni singola attività presuppone la rilevazione di 5 indicatori:

1. grado di discrezionalità;
2. eventi corruttivi;
3. livello di interesse esterno;
4. opacità del processo;
5. grado di attuazione delle misure di prevenzione.

Gli indicatori vengono valutati secondo un giudizio di valore ALTO, MEDIO e BASSO. Il valore più alto attribuito, anche a uno solo dei 5 indicatori, determina il valore complessivo del rischio corruttivo dell'attività. Il Referente Anticorruzione ha, tuttavia, la possibilità di discostarsi da tale automatismo valutativo, motivando adeguatamente le ragioni dello scostamento del giudizio complessivo attribuito. Resta inteso che l'autovalutazione effettuata dal Referente può essere sempre oggetto di rivalutazione da parte del RPCT, laddove vi siano indicatori (ad esempio, segnalazioni pervenute) che evidenzino la necessità di una diversa classificazione del rischio.

L'approccio richiede un forte impegno da parte dei Referenti Anticorruzione, chiamati ad argomentare il processo logico-valutativo utilizzato per classificare il rischio di ogni singola attività di tutti i processi di propria afferenza.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO: LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Questa sottosezione è dedicata alla descrizione delle misure di carattere generale e specifico adottate.

Nell'allegato 5 "Registro Rischi: Trattamento del rischio corruttivo", vengono individuate le misure generali e specifiche concretamente attuate e classificate secondo le 11 tipologie definite da ANAC nel PNA 2019, con le relative evidenze documentali.

Il sistema di monitoraggio

Il monitoraggio semestrale

Nel corso del 2024 si è proceduto come di consueto con due monitoraggi semestrali (31/5 e 30/11) delle misure generali e specifiche, con la realizzazione di due apposite schede di monitoraggio. La compilazione di queste schede da parte dei Referenti Anticorruzione consente di aggiornare il RPCT sullo stato di avanzamento della realizzazione/attuazione delle diverse misure anticorruzione. Gli esiti del monitoraggio vengono sinteticamente riportati all'interno della singola misura generale o specifica, come meglio dettagliato nel prosieguo.

Misure Generali: rendicontazione e programmazione attività

In questo paragrafo vengono indicate le misure di carattere generale, il loro stato di attuazione e le eventuali azioni da introdurre per migliorarne l'efficacia.

Formazione

La centralità e strategicità della formazione si è concretizzata con l'attivazione di iniziative formative, alcune delle quali specifiche per gli addetti ai lavori ed altre rivolte ai dipendenti operanti nelle aree ad alto rischio corruttivo.

Rendicontazione

Di seguito i principali eventi formativi tenutisi nel 2024:

- 07/02/2024 - Giornata della Trasparenza organizzata dalle Aziende dell'AVEC e Ausl Romagna " Trasparenza nella gestione dei progetti PNRR " – iniziativa interna obbligatoria;
- 20-27/03/2024 –corso di formazione organizzato da Azienda USL di Bologna "La gestione del ruolo e delle responsabilità del DEC e del RUP";
- 11/10/2024 Giornata della Trasparenza della Regione Emilia-Romagna degli enti regionali ARPAE, ARL. ER.GO "Intelligenza artificiale generativa e Trasparenza. Opportunità e rischi" – iniziativa esterna obbligatoria;
- 18/04/2024 – corso di formazione organizzato dal IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola, "AVEC Codice di Comportamento, etica e conflitto di interessi";
- 12/12/2024 - Corso di formazione organizzato dall'Azienda USL di Imola - "Etica, responsabilità e conflitto di interessi in ambito Sanitario";

Di seguito le iniziative formative, in qualità di docenti, degli operatori afferenti alla UO Anticorruzione e Trasparenza:

- 23/10/2024 - "Corso formazione redattori della sezione amministrazione trasparente", con l'obiettivo di favorire la corretta attuazione degli adempimenti in materia di obblighi di pubblicità da parte di tutte le articolazioni aziendali coinvolte.

Programmazione

La formazione, per la sua forte strategicità e centralità, proseguirà in maniera capillare ed incisiva anche nel triennio 2025-2027.

Le iniziative formative rivolte a tutto il personale aziendale (dipendente e universitario) in programmazione riguardano, in particolare, il Codice di Comportamento, con un'iniziativa in FAD asincrona, realizzata con risorse interne all'azienda e indirizzata a tutto il personale dipendente e universitario in convenzione a partire dall'anno 2025. E' inoltre prevista l'attivazione di un corso FAD in materia di antiriciclaggio organizzato nell'ambito delle Aziende AVEC e Ausl Romagna.

La formazione del RPCT e del personale di supporto si attuerà attraverso la partecipazione ad eventi specialistici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella PA.

Il Piano della Formazione Aziendale prevede iniziative specifiche sulle tematiche Anticorruzione e Trasparenza. Durante il corso del triennio, verranno messe in programmazione ulteriori iniziative formative di Area Vasta.

Rotazione

Con la deliberazione n. 34 del 01/02/2023 avente ad oggetto “Rotazione ordinaria e misure alternative - rotazione straordinaria. Indicazioni sulle misure di prevenzione della corruzione e sul sistema di monitoraggio”, si è proceduto ad un aggiornamento rispetto all'applicazione della misura della rotazione ordinaria e sono state individuate le modalità di attuazione della misura della rotazione straordinaria.

Nelle aree a maggior rischio corruttivo si è proceduto all'individuazione di misure di rotazione che tengono conto delle necessarie competenze specialistiche richieste nelle attività di riferimento e delle risorse assegnate. Gli ambiti considerati sono in particolare quelli relativi a gare e contratti, reclutamento e trattamento economico del personale, incarichi extra-istituzionali, attività ispettiva nell'ambito della Sanità Pubblica, controlli sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate, commissioni patenti, gestione dei pagamenti, attribuzione di sovvenzioni e contributi, decessi intraospedalieri, commissione per la verifica convenzione elisoccorso Regione Emilia-Romagna, recupero crediti, prestazioni infermieristiche aggiuntive.

Le misure attuate, negli ambiti considerati, in relazione alle specificità presenti possono comprendere:

- la rotazione funzionale, che prevede una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità del dipendente incidendo sull'organizzazione interna del lavoro;
- la rotazione territoriale, che prevede un'assegnazione ad ambiti territoriali diversi, compatibilmente con i vincoli derivanti dalle condizioni oggettive e soggettive presenti nelle strutture di riferimento;
- segregazione delle funzioni, che consiste nell'attribuzione a soggetti diversi delle diverse fasi del procedimento (es. fase di istruttoria, fase di accertamento, fase decisoria, fase di esecuzione, fase di controllo).
- condivisione delle fasi procedurali, che consiste nell'affiancamento al funzionario istruttore di un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.
- supervisioni periodiche da parte del superiore gerarchico sulle attività ad elevato rischio corruttivo, espletate dal personale assegnato.

Rendicontazione

Nel corso del novembre 2024, in occasione dell'attività di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione - che ha interessato il Dipartimento Tecnico, il SUMAGP, il SUMAEP, il SAAV, il Dipartimento Sanità Pubblica, la Medicina Legale e Risk Management, il SUMCF, la Direzione Attività Socio-Sanitarie, la Committenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato, il Dipartimento Salute Mentale, il Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, il Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere - è stata verificata la corretta attuazione della rotazione nell'ambito rispettivamente dei seguenti processi:

- contratti pubblici: programmazione/selezione contraente/fase esecutiva;
- incarichi extra istituzionali;
- nomina commissioni di concorso;
- controlli e attività ispettive;
- funzionamento della Commissione Patenti;
- pagamenti stipendi;
- contabilità e finanza;
- erogazione sovvenzioni e contributi;
- controlli di appropriatezza sul privato accreditato;
- decessi in ambito intraospedaliero.

In particolare, per quanto attiene alla rotazione nelle articolazioni organizzative del Dipartimento Sanità Pubblica, grazie ad un report periodico (fonte Avelco), realizzato a supporto dei Direttori di UO/UA per l'elaborazione della check list di controllo prevista, dal monitoraggio di novembre 2024 è emerso che:

- ✓ l'UOC Veterinaria AC ha garantito la formazione di n. 84 operatori, la rotazione territoriale di n. 15 operatori, la rotazione funzionale di n. 20 operatori, con applicazione di misure alternative alla rotazione;
- ✓ l'UOC Veterinaria B ha garantito la formazione di n. 25 operatori, la rotazione territoriale di n. 13 operatori, la rotazione funzionale di n.12 operatori, con applicazione di misure alternative alla rotazione;
- ✓ l'UOC Igiene e Sanità Pubblica degli ambienti di vita e l'UA Igiene pubblica: hanno garantito la formazione di n. 14 operatori; non è stato possibile applicare la misura della rotazione in ragione delle professionalità richieste e dell'esiguità del personale dotato di tali competenze. Tuttavia, sono state applicate le misure alternative della: segregazione delle funzioni, della condivisione/affiancamento/dei controlli incrociati/ della supervisione;
- ✓ l'UOC Igiene degli alimenti e Nutrizione - UUAA Igiene e alimenti Est e Ovest ha garantito la formazione di n. 10 operatori, la rotazione territoriale di n. 12 operatori, con applicazione di misure alternative alla rotazione;
- ✓ l'UOC Prevenzione sicurezza sul luogo di lavoro ha evidenziato l'impossibilità di applicare la misura della rotazione in ragione delle professionalità specifiche richieste per le attività di competenza. Tuttavia, sono state applicate le misure alternative della: segregazione delle funzioni, della condivisione/affiancamento/dei controlli incrociati/ della supervisione.

Codice di Comportamento

L'Azienda USL di Bologna, a seguito delle modifiche normative apportate dal D.P.R. del 13 giugno 2023, n. 81, al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165», con delibera n. 40 del 25.01.2024, secondo lo schema tipo approvato dalla Regione Emilia- Romagna per le Aziende sanitarie, ha aggiornato il Codice di Comportamento Aziendale.

Sul nuovo Codice è stata prevista un'apposita iniziativa di formazione a distanza per garantire la massima diffusione e adesione ai valori e ai principi in esso contenuti da parte di tutto il personale dipendente e universitario in convenzione.

Programmazione 2025-2027:

Misura generale: somministrazione a titolo di aggiornamento obbligatorio, a tutto il personale in forza in Azienda, del corso FAD "Codice di Comportamento dell'Azienda USL di Bologna".

Dichiarazioni Codice di Comportamento

Anche nel corso del 2024, attraverso il Portale del dipendente (SW gestione risorse umane - GRU), è proseguito il deposito nonché l'aggiornamento delle dichiarazioni effettuate dal personale destinatario (v. tabella sotto riportata), in adempimento dell'art.13 del D.P.R. n. 62/2013 e degli artt. 4 e 12 del Codice di Comportamento aziendale.

Tabella 3 - Dichiarazioni Codice di Comportamento Aziendale effettuabili dal Portale del Dipendente

Codice	Descrizione	Modulo	Destinatari
RT01	Dichiarazione patrimoniale dirigenti		Solo dirigenti
RT02	Interessi finanziari e conflitto di interessi	Modulo 1	Tutto il personale
RT03	Interessi finanziari e conflitto di interessi	Modulo 1 bis	Solo dirigenti
RT04	Adesione appartenenza associazione organizzazione	Modulo 2	Tutto il personale
RT05	Obbligo di astensione	Modulo 3	Tutto il personale
RT06	Prevenzione conflitti interessi assegnazione personale	Modulo 4	Tutto il personale

CONF- CCU	Conferma della dichiarazione		Tutto il personale

La tabella riporta i codici identificativi, la descrizione degli obblighi, la modulistica e i destinatari.

Sono attualmente assoggettati all'adempimento le categorie: dipendenti, dipendenti altri enti, universitari in convenzione.

Per supportare i dirigenti delle diverse articolazioni organizzative nel monitoraggio dei depositi e della valutazione delle dichiarazioni rese è disponibile un cruscotto, realizzato in collaborazione con l'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione, che mette a disposizione per ogni tipologia di dichiarazione:

- il dato di sintesi per articolazione;
- il dato di dettaglio a livello di nominativo.

La UO AT trasmette periodicamente ai Direttori il file analitico generato dal cruscotto.

Parallelamente, per rendere più agevole la fase di valutazione da parte dei Direttori, viene reso disponibile il report con i nominativi dei dipendenti che hanno dichiarato situazioni di possibile sussistenza di conflitto di interessi.

L'analisi del dato proposto consente di programmare specifiche azioni di comunicazione, quali: sollecito via mail, notizia nella intranet e sul portale del dipendente, recall per specifiche professioni e articolazioni organizzative e di verificarne in seguito l'efficacia.

Il supporto ai dipendenti in fase di compilazione e aggiornamento delle dichiarazioni viene garantito, attraverso canali telefonici, di posta elettronica, di assistenza in remoto e la pubblicazione di pagine web dedicate.

Nel corso del 2024 la percentuale di assolvimento del suddetto obbligo è stata pari al **98,9%**.

E' in fase di analisi, da parte del livello regionale, l'acquisizione di un apposito applicativo informatico da rendere disponibile alle Aziende sanitarie per la compilazione ed aggiornamento delle dichiarazioni, allo scopo di agevolarne il deposito, nonché la verifica e la valutazione da parte dei responsabili di riferimento.

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Con riguardo al tema dell'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi per il personale della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica, alla luce degli orientamenti ANAC contenuti nella delibera n. 1210 e 1146 /2019 e in successivi atti, nell'anno 2021 era stato attivato un Tavolo di lavoro a livello regionale, avente ad oggetto l'analisi dell'applicabilità della disciplina dettata dal D.Lgs 39/2013 alle Aziende ed Enti del SSR.

A conclusione dei lavori, le Aziende sanitarie regionali, con il supporto della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, avevano ritenuto di non estendere l'applicazione di tale disciplina alla Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica. L'orientamento era stato comunicato ad ANAC, con nota P.G. 03/11/2021.1012935.U, a cura della Direzione Generale dell'Assessorato; nota rispetto alla quale non erano pervenute indicazioni contrarie da parte dell'Autorità.

In occasione della consultazione pubblica avviata da ANAC sui modelli relativi alle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità da parte della Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica, conclusasi il 14.2.2024, l'amministrazione regionale, nel formulare le proprie osservazioni, aveva richiamato la citata nota P.G. 03/11/2021.1012935.U.

Nel corso dell'anno 2024 e, segnatamente, con nota del 9.10.2024 Fasc. ANAC n. 4234/2024, nell'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di trasparenza, l'Autorità, aveva richiesto all'Azienda USL di Bologna chiarimenti in ordine alla pubblicazione delle dichiarazioni ex art. 20 del D. Lgs 39/2013. L'Azienda USL di Bologna aveva fornito riscontro alla richiesta di chiarimenti dando conto dell'orientamento condiviso in sede di Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, in forza del quale non si dava luogo alla raccolta ed alla pubblicazione delle dichiarazioni in argomento.

L'Autorità, con successiva nota, acquisita agli atti con prot. n. 146347 del 10.12.2024 aveva invitato l'Azienda USL di Bologna ad adeguarsi alle sue indicazioni, procedendo alla raccolta ed

alla pubblicazione delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs n. 39/2013 per il personale della Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica titolare di incarico di natura gestionale.

L'Azienda USL di Bologna ha aderito all'invito di ANAC provvedendo nei termini indicati alla raccolta ed alla pubblicazione delle dichiarazioni in argomento per ciascun Dirigente titolare di incarico gestionale nei ruoli amministrativo, professionale e tecnico. Non è stata rilevata alcuna causa di inconferibilità ed incompatibilità relativamente agli incarichi in essere, da ritenersi, dunque, tutti validamente conferiti ed al contempo efficaci.

La Regione Emilia-Romagna, avuta contezza del procedimento avviato da ANAC nei confronti dell'Azienda USL di Bologna, con nota acquisita agli atti con protocollo 11410 del 27.1.2025, indirizzata alle Aziende sanitarie regionali, nel confermare la validità dell'interpretazione già comunicata all'Autorità, ha invitato ad adeguarsi a quanto da quest'ultima indicato, in modo da garantire, altresì, uniformità di prassi applicative nell'ambito del SSR.

Con nota acquisita agli atti con protocollo 47052 del 10.4.2025 l'Autorità ha comunicato di aver concluso il procedimento di vigilanza prendendo atto dell'adeguamento alle sue richieste da parte dell'Azienda.

Da ultimo, l'Autorità è intervenuta con Comunicato del Presidente in data 3 giugno 2025 richiamando gli Enti del Servizio Sanitario nazionale sulla necessità di acquisire e pubblicare in "Amministrazione trasparente" le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ex art. 20 D. Lgs 30/2013 dei dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo.

Per il prosieguo, l'Azienda si atterrà alle modalità procedurali sotto riportate in relazione al **conferimento di incarichi dirigenziali di natura gestionale al personale della Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica**:

- in via preliminare rispetto all'adozione dell'atto di conferimento dell'incarico dirigenziale, il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP) acquisisce dal Dirigente interessato le **dichiarazioni circa l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs n. 39/2013**;
- il SUMAGP, prima dell'affidamento dell'incarico, effettua un controllo rispetto alle dichiarazioni acquisite, sulla base del curriculum vitae, nonché degli atti, documenti, informazioni e banche dati disponibili a livello aziendale;
- verificata, sulla base degli elementi a disposizione, l'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità, il SUMAGP provvede alla predisposizione degli atti per il conferimento dell'incarico ed alla pubblicazione delle dichiarazioni acquisite, sull'apposita sezione di Amministrazione Trasparente del sito web aziendale;
- Il SUMAGP provvede alla **raccolta annuale**, entro il 31 dicembre di ogni anno, delle dichiarazioni sulla insussistenza di **cause di incompatibilità** da parte del personale dirigenziale interessato. Tali dichiarazioni sono pubblicate sulla sezione di Amministrazione Trasparente entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Nel 2024, come di consueto, sono state raccolte le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e sono state svolte le verifiche sulle dichiarazioni rese dal Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Attività Socio-Sanitarie e Direttore Scientifico IRCCS attraverso la consultazione del Registro della Camera di Commercio, limitatamente ai dati ad oggi disponibili su tale portale, nessuna violazione è stata accertata. Relativamente ai controlli sull'inconferibilità si precisa che nell'anno 2024 è stato conferito un nuovo incarico di vertice di direttore scientifico dell'IRCCS, la cui dichiarazione è stata verificata dal Ministero della Salute, cui spetta la relativa designazione.

Patti di integrità

Rendicontazione

Nel 2023, l'UO Anticorruzione e Trasparenza ha provveduto assieme al Servizio Acquisti di Area Vasta (SAAV) ad aggiornare il format del patto di integrità secondo le indicazioni del PNA 2022 e nel corso del 2024 e 2025 lo stesso è stato sottoscritto dai vari Operatori Economici. In occasione dei monitoraggi semestrali di novembre 2024 è stata verificata la corretta applicazione della misura con il raggiungimento del 100% dell'obiettivo e la sottoscrizione nel corso dell'anno di n. 352 nuovi patti di integrità da parte del SAAV e n. 4 da parte del Dipartimento Tecnico Patrimoniale. Nel corso del triennio 2025-2027 si proseguirà con la raccolta dei documenti sottoscritti secondo il nuovo format.

Commissioni e conferimento di incarichi in caso di condanna (Art. 35-bis)

Al momento della nomina dei commissari di commissioni di concorso e/o di commissioni di gara, viene richiesta la sottoscrizione di una specifica dichiarazione circa l'insussistenza delle condizioni ostative di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001. Tali dichiarazioni sono oggetto di verifica a campione.

Pantouflage

Nel corso del 2022 si è proceduto ad una ricognizione delle misure relative al pantouflage presenti in Azienda USL. Successivamente, nel corso del 2023 sono state predisposte e/o aggiornate dichiarazioni/clausole sul divieto di pantouflage (art. 53 comma 16 ter D.Lgs 165/2001) da inserire nei contratti di assunzione/conferimento incarichi/collaborazioni e convenzioni, oltre che negli atti di recesso per il personale sotto indicato:

- universitario in convenzione;
- dipendente del Comparto e delle Aree dirigenziali;
- con contratto di lavoro autonomo.

Le dichiarazioni/clausole sul divieto di pantouflage (art. 53 comma 16 ter D.Lgs 165/2001), sono state, altresì, inserite nei contratti di fornitura, nelle convenzioni con le farmacie e con il terzo settore, nonché nelle convenzioni in ambito socio-sanitario aventi ad oggetto sovvenzioni e contributi in favore di persone giuridiche.

Nel corso dei monitoraggi dell'anno 2024, si è riscontrata l'applicazione delle misure da parte delle UU.OO coinvolte.

Nel corso del triennio 2025-2027 si proseguirà con la raccolta dei documenti sottoscritti secondo il nuovo schema.

Rotazione straordinaria

Come da indicazioni contenute nel PNA 2019, la rotazione straordinaria costituisce una misura di carattere cautelativo da attuarsi nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (ex art. 16, comma 1, lett. l-quater D.Lgs. n. 165/2001).

Detta misura è dettagliatamente disciplinata dalle disposizioni aziendali adottate con deliberazione n. 34 del 01/02/2023 avente ad oggetto "Rotazione ordinaria e misure alternative- rotazione straordinaria. Indicazioni sulle misure di prevenzione della corruzione e sul sistema di monitoraggio".

Whistleblowing – Segnalazione di condotte illecite

La segnalazione di illeciti è uno degli strumenti di prevenzione della corruzione più rilevanti, attraverso il quale si realizza una importante funzione di emersione di fenomeni di natura corruttiva, irregolarità o illegalità, con ricadute positive, in primo luogo sull'organizzazione, ma anche sulla consapevolezza etica del dipendente, dal momento che diviene parte attiva nel processo di gestione del rischio corruttivo.

Con Deliberazione n. 237 del 5.07.2023 avente ad oggetto "Aggiornamento del protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e relative forme di tutela – Whistleblowing" si è provveduto ridefinire il percorso a livello aziendale in attuazione delle previsioni del D. Lgs n. 24/2023, di recepimento della direttiva UE 2019/1937.

Il nuovo protocollo operativo aziendale è stato riorganizzato e aggiornato anche allo scopo di meglio orientare e rendere consapevole il segnalante su cosa, a chi e come segnalare illeciti o irregolarità, gli obblighi di riservatezza da rispettare, sulle tutele contro ogni forma di discriminazione o ritorsione eventualmente subita in ragione della segnalazione.

Dell'avvenuto aggiornamento è stata garantita la più ampia pubblicità mediante specifiche azioni di comunicazione (nuova pagina web dedicata al whistleblowing, news, circolari) esaustive e accessibili a tutti i soggetti legittimati a segnalare illeciti.

Sono state intraprese anche azioni necessarie per informare i lavoratori e i collaboratori delle imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda USL dei diritti e delle tutele in materia di whistleblowing in relazione all'avvenuto aggiornamento del Protocollo operativo. E' stato al riguardo fornito il collegamento ipertestuale alla nuova pagina aziendale dedicata, dove sono rinvenibili, tra gli altri, il link di accesso all'applicativo informatico dell'Azienda USL e il link di reindirizzamento alla pagina dell'ANAC dedicata all'istituto del whistleblowing.

Misure specifiche: rendicontazione e programmazione attività

Aree di rischio Generali

Contratti pubblici

Rendicontazione

Anche nel 2024 è stato attivato un monitoraggio specifico dedicato alle proroghe e ai rinnovi contrattuali con indicazione della relativa durata. Sono stati trasmessi da SAAV e DTP due report relativi all'anno 2024.

Con riferimento agli adeguamenti degli obblighi di pubblicazione relativi al profilo del committente si rimanda alla sezione "Trasparenza e Integrità" del presente documento.

Programmazione 2025-2027

Misura generale: redazione istruzione operativa per la richiesta di preventivi negli affidamenti diretti.

Atti di Liberalità, Contratti di Sponsorizzazione e Formazione Sponsorizzata

Rendicontazione

Con deliberazione n. 219 del 27/05/2022 avente ad oggetto "Aggiornamento delle Linee Guida sulla gestione degli atti di liberalità e dei contratti di sponsorizzazione per formazione e progetti di comunicazione, di cui alla deliberazione n. 207 del 12/06/2017", si era proceduto ad aggiornare ed integrare le indicazioni vigenti con quanto disposto dall'ultimo Regolamento AVEC inerente i procedimenti relativi a donazioni di beni e danaro, comodati d'uso gratuito e conto visione del 23 ottobre 2019 e dallo "Schema tipo di regolamento per la gestione della formazione sponsorizzata delle Aziende Sanitarie e IRCCSS" del Tavolo regionale.

Le "Linee Guida aziendali Atti di liberalità e contratti di sponsorizzazione" prevedono l'utilizzo di un Registro informatico, costantemente aggiornato dai Titolari/Responsabili dei processi su donazioni di somme di denaro, beni mobili e immobili, comodati d'uso, conti visione e sponsorizzazioni.

Il Registro rappresenta lo strumento di monitoraggio per la corretta gestione di tali processi. Per la registrazione dei dati viene utilizzato un file Excel in rete Nextcloud ad accesso limitato ai Titolari/Responsabili dei processi.

Per il triennio 2023-2025 è stato altresì inserito l'obiettivo di budget "*Applicazione delle indicazioni fornite dal RPCT in merito alla formazione sponsorizzata: rispetto dei parametri di rotazione - per ogni dipendente partecipazione in qualità di discente a non più di 3 iniziative formative annue per singola azienda sponsor e per un totale complessivo annuo non superiore a 12 giorni*". A tale fine, nel 2023 è stato realizzato un Data Base ad hoc per i report di attività annuale, utilizzato dagli operatori dedicati ai fini del monitoraggio relativo al rispetto dei parametri stabiliti dalle linee guida

aziendali per la partecipazione a formazione sponsorizzata. Nel 2024, in sede di monitoraggio si è constatato il raggiungimento del 100% dell'obiettivo da parte di tutte le UU.OO coinvolte.

Dal report di sintesi, si evince altresì che:

- n. 146 sono le Imprese che hanno offerto formazione sponsorizzata;
- n 441 sono dipendenti che ne hanno beneficiato;
- euro 662.165,24 è il valore complessivo della formazione sponsorizzata.

Nel 2024, in relazione a dubbi interpretativi emersi durante la vigenza delle linee Guida di cui alla delibera n.219/2022 e della costituzione del Servizio Acquisti di Area Vasta Emilia Centrale, che ha comportato un adeguamento delle competenze in ordine ai procedimenti amministrativi relativi a donazioni, comodati, prese visioni e contratti di sponsorizzazione, è stato attivato un apposito gruppo di lavoro per giungere all'aggiornamento delle vigenti linee guida e sono in corso le valutazioni finali per l'approvazione del nuovo documento.

Programmazione 2025-2027

Formalizzazione delle nuove Linee Guida Aziendali e messa in opera del nuovo applicativo web per la registrazione della formazione Sponsorizzata a cura dell'UO TIC.

Aree di rischio specifiche

Attività libero professionale e liste di attesa

Rendicontazione

La Regione Emilia-Romagna, con D.G.R. n. 1770/2021, aveva assegnato alle Aziende Sanitarie l'obiettivo di procedere ad una valutazione risk based di una procedura PAC con riferimento particolare al rischio corruttivo ed ai rischi amministrativo contabili (reporting). Il Nucleo Audit Regionale aveva individuato il processo della Libera Professione quale oggetto di analisi e valutazione dei rischi per il 2022.

Del processo Libera Professione erano state analizzate:

- Fasi/Attività;
- Rischi Anticorruzione;
- Rischi Reporting;
- Controlli.

L'Audit Regionale aveva l'obiettivo di verificare l'effettivo funzionamento del sistema dei controlli interni per quelle attività che presentavano un livello di rischio medio con controllo parzialmente adeguato.

La verifica aveva riguardato l'efficacia delle misure attuate per mitigare i rischi corruttivi e i rischi connessi al reporting ed era consistita in interviste ai professionisti che eseguono i controlli, in verifiche del funzionamento dei sistemi informativi, in verifiche a campione di documentazioni/registrazioni/report e della documentazione ad evidenza dei controlli effettuati.

L'attività aveva inoltre riguardato la conformità dei controlli effettivamente svolti rispetto al Regolamento aziendale e alle procedure PAC vigenti.

Il report di Audit (nota inviata al RPCT prot. n. 140124 del 20/12/2022) riportava fra le evidenze dell'attività svolta, le raccomandazioni utili per il miglioramento dei controlli interni, tra cui l'aggiornamento della PO81 – Attività Libero professionale. Durante l'anno 2023 è stato realizzato un applicativo (CUPWEB ALP) dedicato ai controlli sull'attività LP intramoenia effettuata dai dirigenti medici a rapporto esclusivo, mentre nell'anno 2024 è stata emessa la procedura aggiornata secondo le indicazioni emerse in corso di audit.

Nel corso del 2024 si è inoltre proceduto, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro nell'ambito dell'Area Vasta Emilia Centro e con la partecipazione anche dell'AUSL Romagna, ad aggiornare la mappatura e il registro rischi relativamente al macro-processo "gestione liste d'attesa", i cui esiti sono stati recepiti nel DB aziendale.

Decessi in ambito intraospedaliero

Rendicontazione

- **Organizzazione e segregazione delle attività di Camera Mortuaria:** le attività sono state oggetto di una riorganizzazione che ha previsto la separazione delle attività di Morgue (gestione e preparazione dei defunti, gestione delle parti anatomiche, attività di donazione cornee) dalle attività di front office. Il percorso prevede specifici uffici di front office e di accoglienza dei familiari, strutturalmente separati dalle Camere mortuarie.
- **Attuazione della rotazione o delle misure ad essa alternative:** è previsto un piano di rotazione di tutti i professionisti e operatori coinvolti nel processo di gestione a cura della Area DATeR di afferenza. Nel corso del 2024 sono state attuate misure di rotazione territoriale e funzionale, di segregazione delle funzioni e di controllo. Tutto il personale interessato è stato appositamente formato per garantire interscambiabilità.
- **Monitoraggio assegnazioni a Imprese Funebri:** avviene attraverso l'incrocio dei dati estrapolati dall'applicativo AREAS, utilizzato per l'attività di ricovero e i dati risultanti dal Registro di Camera Mortuaria utilizzato in tutte le strutture aziendali. L'incrocio dei dati permette di rilevare la coincidenza tra il decesso registrato dal Reparto di degenza in ADT- AREAS e lo scarico della salma nel Registro di Camera Mortuaria.
La mancata registrazione nel Registro di Camera Mortuaria è considerata un indicatore di rischio, in quanto tale omissione potrebbe alterare la verifica dei reali volumi dell'attività di una determinata impresa funebre. Parimenti, laddove si riscontri una non completa compilazione del Registro da parte dell'impresa funebre, la stessa viene richiamata attraverso nota formale. I dati di monitoraggio vengono elaborati dal Coordinatore UA Camere Mortuarie Aziendali ed inviati trimestralmente al Dirigente di Area, al Direttore di Dipartimento DATeR ed ai Responsabili di Presidi Ospedalieri Hub e Spoke ed alla UOC Trasparenza ed Anticorruzione. In caso di criticità viene attivata una fase di Audit. Nel corso del 2024 non sono state riscontrate particolari criticità o casi di non conformità da parte delle imprese.
- **Istruzione Operativa “Preparazione e gestione persona deceduta”:** è prevista un'apposita informativa da consegnare ai famigliari del defunto a cura degli operatori delle unità di degenza/servizi, contenente tutte le informazioni utili per la gestione del decesso, e, in particolare:
 - la precisazione che il personale aziendale non è autorizzato a fornire nominativi ed indirizzi di Imprese Funebri e a svolgere all'interno dei locali dell'Azienda USL di Bologna e delle sue pertinenze qualsiasi attività di intermediazione di servizi funebri;
 - indicazioni sulla reperibilità dell'elenco delle Imprese Funebri di Bologna e Provincia;
 - l'indicazione ai famigliari di individuare l'Impresa Funebre prima di recarsi in Camera Mortuaria e di consegnare a quest'ultima i vestiti del defunto;
 - l'invito ai famigliari di segnalare inosservanze e comportamenti difformi da parte del personale aziendale all'URP e alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, attraverso l'utilizzo delle modalità aziendali di segnalazione/reclamo.La misura ha lo scopo di ridurre il rischio corruttivo nel momento di primo contatto tra gli operatori delle unità di degenza/servizi e i famigliari del defunto.
- **Formalizzazione dell'attività ispettiva e di controllo:** avviene a cura della direzione di Presidio Ospedaliero e DATeR, attraverso verifiche periodiche in loco con redazione di verbali di resoconto.
- **Somministrazione di questionari:** si chiede di dichiarare se la scelta dell'Impresa Funebre è avvenuta senza alcuna pressione/indicazione da parte del personale dipendente o operante nell'Azienda USL di Bologna.
- **Realizzazione di iniziative di formazione:** sulla tematica della gestione del decesso intraospedaliero ed extraospedaliero e prevenzione del rischio corruttivo, sono state organizzate apposite iniziative da parte della UA DATeR Camere Mortuarie Aziendali, rivolte a tutti gli operatori aziendali coinvolti nel processo. Nel corso dell'anno 2024 e 2025 sono state previste 8 edizioni; per il prosieguo la formazione sul tema rientrerà nell'ambito dell'aggiornamento obbligatorio previsto dal PAF.

- **Adozione delle istruzioni Operative “Comportamento delle Imprese Funebri all'interno delle Camere Mortuarie degli Ospedali dell'Azienda USL di Bologna – IRCCS”:** con nota prot. n. 66963 del 5/6/2019 sono state inviate le istruzioni operative adottate il 30 maggio 2019 a tutte le Imprese Funebri del territorio aziendale.

Accreditamento delle Imprese Funebri operanti nella Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con D.G.R. n. 1678 del 14.10.2019 recante “*Approvazione direttiva della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a della L.R. E.R. 29 luglio 2004, n. 19 in materia di riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti nel settore sanitario pubbliche e private*”, nel riordino dell'intera materia, ha introdotto l'obbligo dell'accREDITAMENTO delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, attraverso la loro registrazione in un apposito portale regionale, quale ulteriore misura di prevenzione della corruzione.

Nel portale regionale CAM-ER risultano accreditate per l'Azienda USL di Bologna 237 Imprese Funebri.

Gli operatori del Front Office di Camera Mortuaria utilizzano il portale per tutti gli adempimenti previsti dalle indicazioni regionali.

Nel corso del 2023, relativamente alla tutela del diritto di libera scelta nell'individuazione del fornitore di servizi/prestazioni/ ausili non a carico del SSN è stata realizzata una campagna di comunicazione rivolta ai pazienti/utenti/loro familiari, mediante l'affissione di locandine nei luoghi strategici aziendali, l'aggiornamento delle pagine intranet ed internet aziendali, nonché l'invio di apposita nota circolare a tutto il personale. E' stata inoltre prevista la somministrazione di questionari agli utenti per verificare l'effettiva libera scelta del fornitore per i servizi indicati. Dalla relazione finale relativa alla prima attuazione del progetto si evince che il questionario somministrato non aveva fatto emergere profili di irregolarità per l'anno 2023. La possibilità di compilare il questionario on line sul sito web aziendale permane in via continuativa. Anche per l'anno 2024, si conferma l'assenza di profili di irregolarità.

Programmazione 2025-2027

Tutela del diritto di libera scelta nell'individuazione del fornitore di servizi/prestazioni/ ausili extra SSN: si prevede l'ulteriore divulgazione di indicazioni volte a richiamare l'attenzione del personale sulla necessità di garantire parità di trattamento ai fornitori di servizi non a carico SSN (allegato 1).

Rapporti con soggetti erogatori – Accordi con il privato accreditato

Rendicontazione

Per quanto attiene al processo di **acquisto di prestazioni da privato accreditato convenzionato**, come previsto dalle procedure aziendali, vengono trasmesse al RPCT e alla Direzione Aziendale relazioni semestrali sull'attività di controllo svolta dalla UO Committenza e Governo Rapporti con il Privato Accreditato (SC).

In particolare, anche nel 2024, sono stati svolti controlli amministrativo-contabili finalizzati ad accertare la congruenza tra prescrizione, prestazione erogata e relativa tariffa; si sono svolti anche controlli sui ricoveri presso Strutture sanitarie private accreditate, relativamente alla codifica, appropriatezza organizzativa/setting e di appropriatezza clinica. È stata inoltre garantita l'attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento all'incompatibilità di codifica e all'analisi delle prestazioni indotte, visite ed esami strumentali ripetuti.

TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Novità normative del 2023-2024 in materia di trasparenza

L'emanazione del nuovo codice dei contratti pubblici di cui al D.Lgs. n. 36/2023 ha comportato importanti modifiche in materia di obblighi di pubblicazione.

In particolare, con l'art. 28 del citato decreto si prevede che:

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e degli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici;
- spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 33/2013;

Alla luce di quanto sopra ANAC ha ulteriormente precisato il quadro normativo di riferimento con le seguenti indicazioni:

• **con la deliberazione n. 261 del 20 giugno 2023** recante "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante "Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale", vengono individuate le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche;

• **con la deliberazione n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.** recante "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33" vengono individuate le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell'articolo 37 del decreto trasparenza e dell'articolo 28 del Codice. Al riguardo, con la citata delibera viene chiarito come gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici debbano essere assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale alla succitata banca dati. Diversamente, per i soli atti e documenti, dati e informazioni come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e ss.mm, l'assolvimento è garantito tramite la pubblicazione direttamente in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Sempre in materia di obblighi di pubblicazione, si segnala che il D.Lgs 103/2024 recante *"Semplificazione dei controlli sulle attività economiche, in attuazione della legge delega del governo di cui all'articolo 27, comma 1, della legge 5 agosto 2022, n. 118"*, con l'art. 2 comma 5, apporta modifiche al D.Lgs 33/2013, introducendo l'art. 23-bis, rubricato *"Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche"*. Nel corso del 2024 vi sono state interlocuzioni finalizzate a chiarire l'ambito oggettivo e soggettivo dell'obbligo di pubblicazione tra la Regione e il Dipartimento Funzione Pubblica. L'argomento sarà approfondito nell'ambito del Tavolo per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR.

Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei Responsabili di Pubblicazione sono rappresentati nella tabella allegata al presente Piano (allegato 6).

Nella tabella sono indicati sia gli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.Lgs. n. 97/2016 sia gli obblighi di pubblicazione che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più oggetto di pubblicazione obbligatoria, oltre all'indicazione degli obblighi che, seppur vigenti, non sono applicabili al contesto sanitario o non presenti nella fattispecie.

Con riferimento all'individuazione dei dirigenti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, si precisa sin da ora, che nell'organizzazione degli adempimenti in materia di trasparenza si è sempre cercato di far coincidere il responsabile di pubblicazione con il dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati.

Le responsabilità, in ogni caso, sono indicate con riferimento alla struttura competente, come da organigramma aziendale (ROA) pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Un ulteriore strumento strategico nella gestione dei flussi informativi tra Responsabili di Pubblicazione e RPCT è costituito dalle relazioni semestrali, di cui si tratterà in seguito.

Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione

Per supportare i responsabili di pubblicazione è stata predisposta un'apposita tabella denominata **"Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione"**, tempestivamente aggiornata e periodicamente pubblicata nella Intranet aziendale, la quale individua tutti gli obblighi di pubblicazione ad oggi vigenti con indicazione:

- dei Responsabili di pubblicazione competenti;
- del luogo di pubblicazione delle informazioni/dati/documenti da pubblicare;
- delle modalità di pubblicazione (tabelle, organigrammi, link ipertestuali, ecc.);
- dell'indicazione degli strumenti interpretativi dell'obbligo di pubblicazione, se presenti;
- dei termini di effettivo aggiornamento delle informazioni/dati/documenti da pubblicare.

L'adozione dell'Elenco consente ad ogni Responsabile di pubblicazione di individuare immediatamente ed autonomamente i propri obblighi, di disporre di opportune indicazioni e suggerimenti relativi alle modalità di adempimento dell'obbligo e di poter consultare il link ipertestuale che rimanda alla pagina in cui deve essere pubblicata l'informazione e/o i dati e/o i documenti indicati nella mappa ricognitiva.

Anche nel corso del 2024, a seguito delle riorganizzazioni aziendali intervenute in corso d'anno, si è reso necessario aggiornare la rete dei Responsabili di pubblicazione e organizzare specifici incontri per ridefinire gli obblighi di pubblicazione di competenza.

Sono 165 gli obblighi "in essere" su un totale di 268 obblighi mappati e 37 i Responsabili di pubblicazione che collaborano alla implementazione ed aggiornamento della sezione Amministrazione Trasparente². La predisposizione e pubblicazione di dati, documenti ed informazioni avviene attraverso una rete di redattori, i quali svolgono tali attività in autonomia, con il coordinamento della UO Anticorruzione e Trasparenza.

L'Elenco ricognitivo degli obblighi costituisce anche il riferimento per la redazione delle relazioni semestrali di monitoraggio, di cui si tratterà al punto successivo.

Inoltre, ad integrazione dell'elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione, è stato predisposto un decalogo contenente alcune indicazioni metodologiche per consentire ai Responsabili di pubblicazione di garantire un più elevato standard qualitativo dei dati, informazioni e documenti da pubblicare. A titolo esemplificativo, tutte le informazioni, dati e documenti oggetto di pubblicazione devono indicare la data di pubblicazione/aggiornamento (tali informazioni sono indicate direttamente dal sistema), il soggetto che ha pubblicato, e, nel caso di un documento a contenuto tecnico, dovrà essere predisposta un'apposita legenda contenente le indicazioni che agevolano la comprensione anche ad un lettore "profano".

L'elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione unitamente alla relazione di monitoraggio semestrale e ai controlli interni periodicamente svolti, costituiscono i principali strumenti a garanzia del corretto flusso informativo tra i Responsabili di pubblicazione e il RPCT.

Nell'ambito del tavolo di lavoro permanente **"Profilo del Committente"**, in considerazione delle consistenti novità normative intercorse, si è provveduto già dal 2024 e in ultimo nel 2025 ad aggiornare la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, integrandola con quelli previsti dall'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023 ed

² <https://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente>

eliminando quelli non più presenti nell'allegato 1 alla citata delibera. Tali obblighi sono stati oggetto di analisi approfondite nel corso del 2024, da parte di apposito Gruppo di lavoro. Dalle analisi eseguite è discesa una serie di operazioni di adeguamento della relativa sezione "bandi gare e contratti", rispetto alla quale è stata realizzata, da un lato, la nuova sotto sezione denominata "Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure" e, dall'altro, è stata sviluppata una nuova funzionalità nel sistema di gestione documentale BABEL, che consente di affiancare oltre alla pubblicazione dell'atto anche la pubblicazione del LINK ipertestuale alla specifica procedura su BDNCP e alla specifica procedura sul portale intercenter. Nel corso del 2025 proseguiranno i lavori di analisi, per garantire una pubblicazione aggregata dei diversi atti, previsti dall'allegato 1 della delibera 264/2023, che compongono le singole procedure d'acquisto.

In merito alla rendicontazione sulla formazione in materia di trasparenza, si rimanda al paragrafo "Formazione" della presente sottosezione.

Pubblicazione delle Banche Dati di cui l'Azienda è titolare³

Visto l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 33/2013, grazie alla collaborazione con i Responsabili di pubblicazione, a seguito di puntuali verifiche effettuate sui tracciati ed interfacce aziendali, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si è proceduto, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

I Responsabili di pubblicazione, ciascuno per gli ambiti di propria competenza, trasmettono al RPCT, con cadenza semestrale (31 maggio e 30 novembre), una relazione attestante i risultati delle attività svolte e lo stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto.

Il monitoraggio viene effettuato attraverso un'analisi puntuale delle pubblicazioni nel sito web aziendale, con verifica a campione di tutti gli obblighi.

Attraverso queste relazioni, i Responsabili attestano, per ogni obbligo di pubblicazione di propria competenza:

- lo stato di aggiornamento;
- la completezza del dato pubblicato;
- il formato utilizzato per la pubblicazione.

In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell'attuazione dell'adempimento, con riferimento a: disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nella pubblicazione; modalità di adempimento previste; qualità delle informazioni e dei documenti (struttura dei report, set minimo di informazioni previste, formati); eventuali modifiche organizzative intervenute rispetto a quanto riportato nella mappa ricognitiva degli obblighi.

Alla luce dall'analisi delle relazioni del primo monitoraggio (31 maggio), l'UO Anticorruzione e Trasparenza effettua le opportune verifiche, i cui esiti vengono comunicati ai Responsabili di pubblicazione, in occasione della richiesta della successiva relazione di monitoraggio (30 novembre). Parimenti, gli esiti del monitoraggio avviato a novembre costituiscono la base di partenza per le verifiche previste al 31 maggio successivo, assicurando così un ciclo continuo in grado di dare evidenza della storicizzazione dei precedenti.

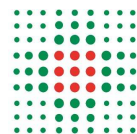
³ Ai sensi dell'art. 9-bis, D.Lgs. 33/2013

Legenda Acronimi Articolazioni Aziendali

codice	UO
AGL	UO Affari Generali e Legali (SC)
AT	UO Anticorruzione e Trasparenza (SC)
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
CGRPA	UO Committenza e Governo dei Rapporti col Privato Accreditato (SC)
COM	UO Comunicazione (SS)
DAATO	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere
DASS	Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS (SC)
DATER	Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DFAR	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
DRMOT	Dipartimento della Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale
DSM-DP	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
DSP	UO Amministrativa DSP (SC) - DAATO
DSTAB	Distretto dell'Appennino Bolognese
DSTCB	Distretto Città di Bologna
DSTPE	Distretto Pianura EST
DSTPO	Distretto Pianura OVEST
DSTRLS	Distretto Reno, Lavino e Samoggia
DSTSLS	Distretto Savena e Idice
DTP	Dipartimento Tecnico Patrimoniale
GCRFSQ	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità (SC)
GPS	UO Governo dei Percorsi Specialistici (SC)
ICL	UO Ingegneria Clinica (SC)
ISN	UOC Direzione Amministrativa IRCCS
LP	UO Libera Professione (SC)
MLRM	UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
PACP	UO Processi Amministrativi Cure Primarie (SC) - DAATO
PASS	UO Processi Amministrativi Socio-Sanitari (SC) - DAATO
PeC	UO Programmazione e Controllo (SC)
PeP	UO Prevenzione e Protezione (SC)
SAAV	Servizio Acquisti di Area Vasta (SC)
SAO	UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC) - DAATO
SIA	UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)
SIMT	UO Servizio di Immunoematologia e Medicina TrASFusionale di Area Metropolitana di Bologna (SC)
SOGO	UO Sviluppo Organizzativo e Gestione Operativa (SC)
SUMAEP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SC)
SUMAGP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SC)
SUMCF	Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza
SUME	Servizio Unico Metropolitano Economato
TIC	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (SC)

ALLEGATI

Allegato 1	Obiettivi di performance in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
Allegato 2	Analisi del contesto esterno
Allegato 3	Registro dei Rischi: Mappatura dei processi e delle attività
Allegato 4	Registro dei Rischi: Valutazione del rischio corruttivo
Allegato 5	Registro dei Rischi: Trattamento del rischio corruttivo
Allegato 6	Mappa ricognitiva obblighi di pubblicazione



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

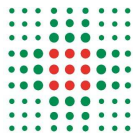
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 1
Obiettivi di performance in materia di prevenzione della
corruzione e della trasparenza

[illegible]

MONITOR	PROPONENTE	COINVOLTI	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	REVISION Si/No	MONITORAGGIO	OBIETTIVO 2025-2026-2027
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	DATER AT	Tutela del diritto di libera scelta nell'individuazione del fornitore di servizi/prestazioni/ ausili extra SSN: si prevede l'ulteriore divulgazione di indicazioni volte a richiamare l'attenzione del personale sulla necessità di garantire parità di trattamento ai fornitori di servizi non a carico SSN	Predisposizione nota/circolare	entro 31/12/2025			2025
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	AT DIP.CHIRURGIE GENERALI DIP.MEDICO DIP.ONCO DIP. CHIRURGIE SPECIALISTICHE DRMOT DIP. CURE PRIMARIE IRCCS DIP.FARMACEUTICO DIP. DELLA RIABILITAZIONE	mappatura processo sanitario: scelta nell' utilizzo dispositivi medici	integrazione registro rischi	entro 31/12/2026			2026
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	TUTTI I DIPARTIMENTI AZIENDALI CLINICO-ASSISTENZIALI	mappatura processo sanitario: prescrizione farmaci	integrazione registro rischi	31/12/2027			2027



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 2
Contesto esterno

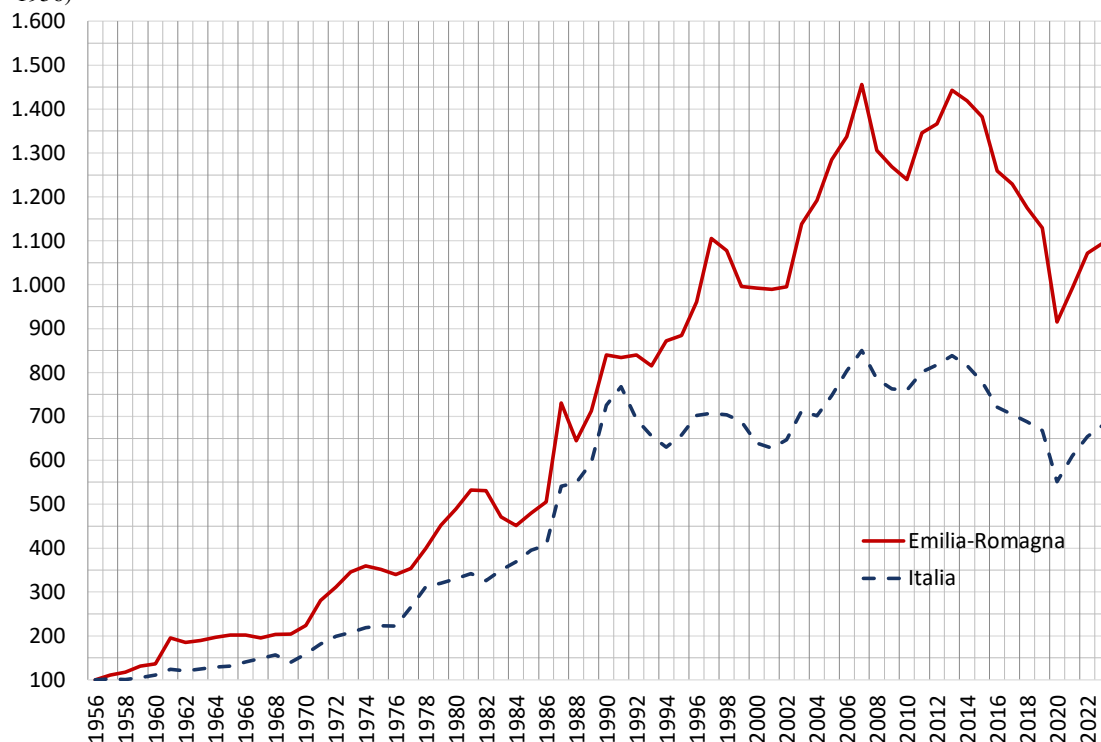
I DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: UN QUADRO STATISTICO¹

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 proposito²: le 18.000 denunce 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

¹ A cura di Eugenio Arcidiacono – Gabinetto della Presidenza della Giunta, Area Politiche per la Sicurezza urbana e integrata, Cultura della Legalità e Polizia locale.

² 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 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.

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 riconosciutogli 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 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.)³; 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 anno⁴.

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

³ 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.

⁴ 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.

riferimento, mentre la tendenza ne mostra gli sviluppi nel tempo in termini di crescita, diminuzione o stabilità⁵.

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	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
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
TOTALE	132.037	100,0	12.191	100,0	5.824	100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

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

⁵ 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.

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	///
TOTALE	10,6	+	5,1	+	6,4	+

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**⁶ 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**⁷ 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-

⁶ Tale fenomeno è connotato prevalentemente dal reato di abuso di ufficio, il cui peso in termini numerici assorbe più dei due terzi delle denunce.

⁷ 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.

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 corruzione⁸** 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 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

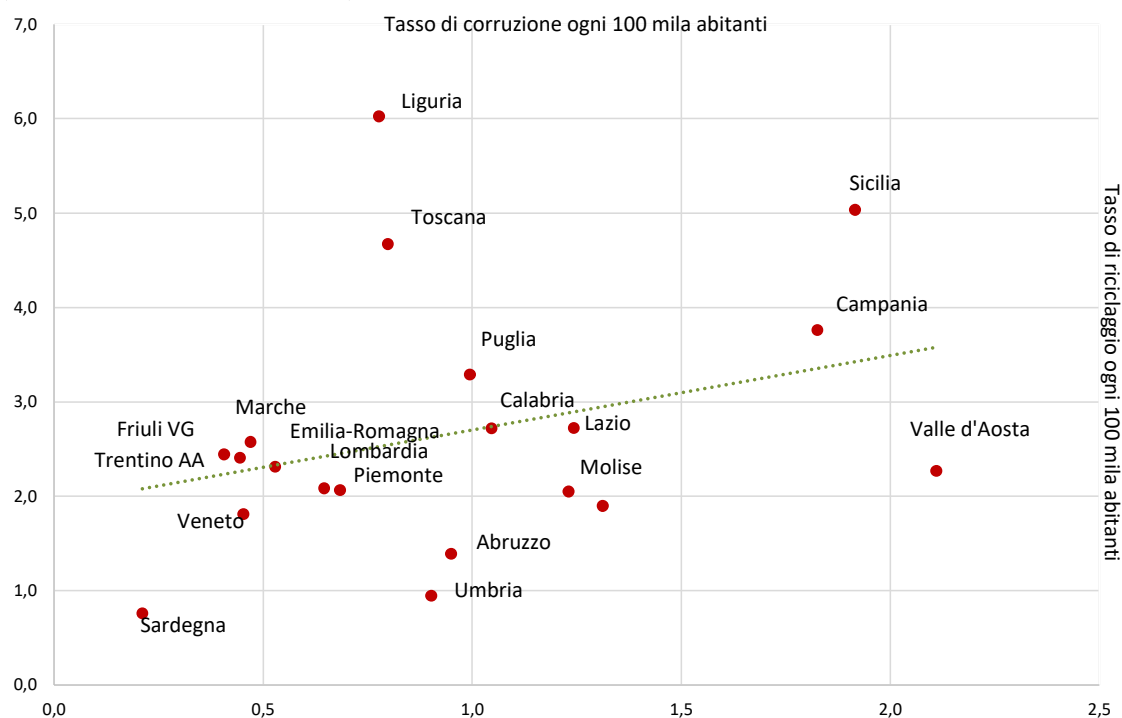
⁸ Tale fenomeno è connotato prevalentemente dal reato di istigazione alla corruzione, il cui peso assorbe circa il 40% delle denunce. Tale fenomeno, pertanto, configura in larga parte l'aspetto passivo della corruzione, benché non manchino i casi di corruzione attiva.

riciclaggio per poterne disperdere la natura illecita al fine di essere successivamente investiti nell'economia legale (es. investimenti immobiliari, acquisizioni di imprese, ecc.)⁹.

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 RICAVALI DAI DATI DELLE DENUNCE (TASSI MEDI PER 100 MILA RESIDENTI). ANNI 2008-2022



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

⁹ 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.

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)¹⁰ 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 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
Emilia-Romagna	94.981	7,0	135	897,4	3,8
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
Italia	1.362.854	100,0	143	969,1	-3,2

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

¹⁰ 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.

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
Emilia-Romagna	1.586	6,3	2,3	-14,5	-21,3
<i>Piacenza</i>	75	4,8	1,6	-83,3	-66,7
<i>Parma</i>	110	7,0	1,5	75,0	75,0
<i>Reggio nell'Emilia</i>	125	8,0	1,5	-16,7	-28,6
<i>Modena</i>	535	34,1	4,8	25,0	-66,7
<i>Bologna</i>	290	18,5	1,8	-36,0	-11,1
<i>Ferrara</i>	72	4,6	1,3	75,0	250,0
<i>Ravenna</i>	163	10,4	2,6	175,0	-35,3
<i>Forlì-Cesena</i>	89	5,7	1,4	-75,0	-50,0
<i>Rimini</i>	109	7,0	2,1	-20,0	33,3
<i>Piacenza</i>	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
Italia	25.213	100,0	2,6	-1,9	-6,0

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 territoriali¹¹. 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 fenomeni¹².

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 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
Emilia-Romagna	7,2	10,1	1,5	3,5	13,7	29,1
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
ITALIA	7,9	13,1	3,7	8,3	8,3	25,4

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

¹¹ 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.

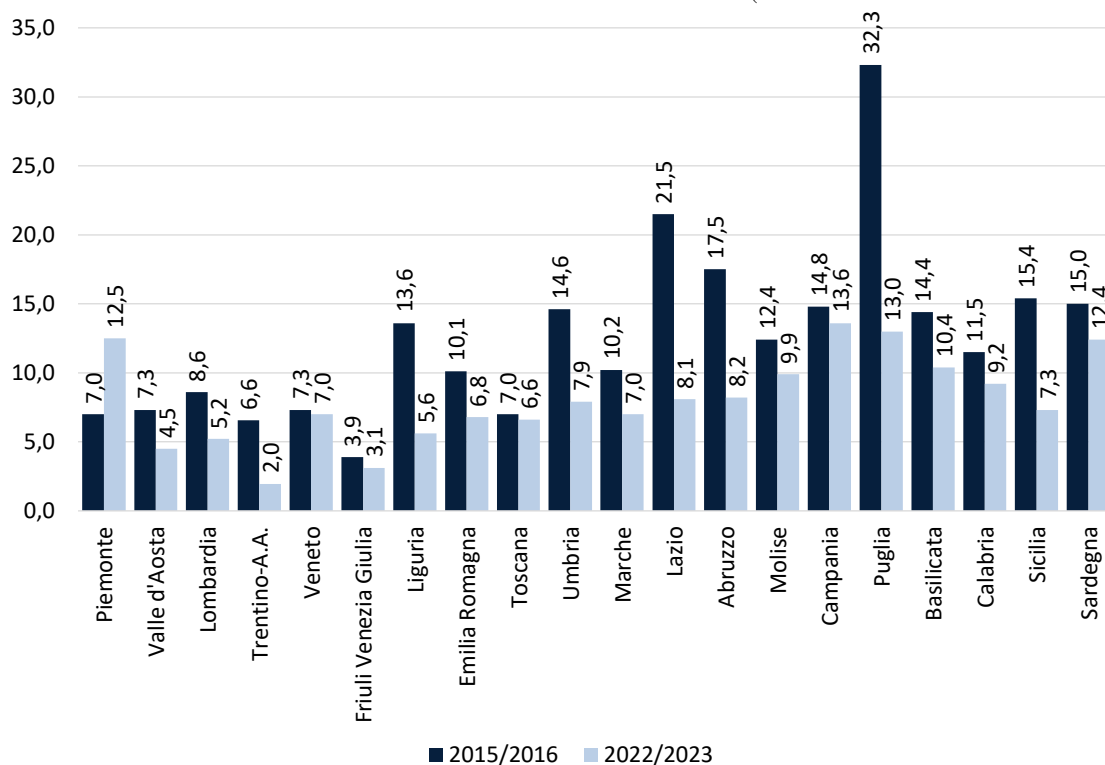
¹² Occorre precisare che l'Indagine sulla sicurezza dei cittadini (c.d. indagine di vittimizzazione) l'Istat la conduce con cadenza quasi quinquennale dal 1998, ma solo nel 2016 ha inserito per la prima volta un modulo sulla corruzione nei termini specificati nel testo e che ha ripreso e in parte modificato nell'indagine del 2022.

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 conoscenti 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 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)

	Offrire denaro a un vigile, un me- dico...	Farsi raccoman- dare da familiari o amici per essere assunto	Cercare di otte- nere benefici assi- stenziali ai quali non avrebbe diritto	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
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
Emilia Romagna	1,9	8,1	3,9	11,2	1,9
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
Italia	5,7	15,9	6,1	20,1	4,5

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
Totale	29,4	90,7	92,4	63,4	31,8	77,1	23,1

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2022-2023

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'economia 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.

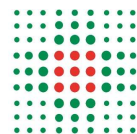
Nel 2024 la crescita dell'occupazione supererà decisamente la stabilità delle forze lavoro e ciò permetterà una nuova diminuzione del tasso di disoccupazione. Lo stesso non dovrebbe accadere nel 2025 quando un nuovo aumento delle forze lavoro risulterà lievemente superiore a una più contenuta crescita 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.



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 3
Registro Rischi - Mappatura dei processi e attività

Registro rischi: Mappatura dei processi e delle attività

AGL

1. GENERALI

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo

AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI

Descrizione del Processo

MAPPATURA EFFETUATA DAL GRUPPO REGIONALE

input

output

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. valutazione affidamento Incarico
avvocatura interna /esterno - valutazione di

2. Incarico avvocati interni - scelta del legale
interno

3. Incarico avvocati esterni - emissione avviso
per costituzione elenco avvocati e definizione

4. Incarico avvocati esterni - scelta del legale
esterno

1. GENERALI

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo

Gestione diretta dei sinistri

Descrizione del Processo

MAPPATURA EFFETTUATA DAL GRUPPO REGIONALE

input

output

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

**01. Apertura sinistro - Valutazione sussistenza
requisiti minimi per l'apertura del sinistro**

**02. Apertura sinistro - inserimento del caso,
con apposizione di apposito numero**

**03. Fase preistruttoria - Acquisizione
documentazione clinica ed eventuali relazioni**

**04. Fase istruttoria per danni da responsabilità
professionale sanitaria - Assegnazione del**

**05. Fase istruttoria per danni da responsabilità
professionale sanitaria - Valutazione**

**06. Fase istruttoria per danni da responsabilità
professionale sanitaria -quantificazione danno**

**07. Fase istruttoria per danni da responsabilità
professionale sanitaria -Individuazione**

**08. Fase istruttoria per danni da smarrimento
protesi/cadute - valutazione sussistenza**

09. Fase istruttoria per danni da smarrimento
protesi/cadute - quantificazione danno

10. Fase istruttoria per danni da smarrimento
protesi/cadute - valutazione spese rimborsabili

11. Fase decisoria - Decisione in merito alle
modalità di gestione del sinistro da parte del

12. Parere al NRV in caso di soprasoglia -
richiesta parere al NRV finalizzata

13. Avvio della trattativa - Contatti con la
controparte

14. Provvedimento di recepimento -
Definizione accordo transattivo

15. Provvedimento di recepimento e
liquidazione - Definizione accordo transattivo

1. GENERALI

Processo

**Recupero crediti in sede
giudiziale/settore legale**

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Descrizione del Processo

Se ogni tentativo di ottenere il pagamento del debito non porta ad alcun risultato,
si ricorrere al Tribunale affinché accerti in via definitiva il diritto di credito

input

Ricevimento richiesta recupero crediti giudiziale

output

Invio parere al SUMCF per la cancellazione del
credito

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricevimento richiesta recupero giudiziale

Ricevimento richiesta recupero giudiziale da parte dell'Ufficio gestore dell'Azienda

2. Valutazione della richiesta di adire la sede giudiziale

Disamina della solvibilità del debitore:

- debitore solvibile
- debitore insolvente

3. Trasmissione di intimazione ad adempiere

Trasmissione in via ultimativa di intimazione ad adempiere

4. Avvio del procedimento giudiziale

Attivazione procedimento giudiziale in caso di esigibilità

5. Cancellazione del credito per inesigibilità: rilascio parere

Invio parere al SUMCF per la cancellazione del credito in caso di inesigibilità

CGRPA

2. SPECIFICHE

Processo

Committenza sul privato accreditato per attività di specialistica ambulatoriale, degenza, hospice

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Descrizione del Processo

Negoziante e stipula dei contratti con il privato accreditato per l'acquisto di prestazione di SPECIALISTICA AMBULATORIALE, di DEGENZA, di HOSPICE

input

Richieste di acquisto di prestazioni presentate da UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, UO Governo dei Percorsi Specialistici e Dipartimenti di produzione e autorizzate dalla Direzione Aziendale

output

Contratti di fornitura per prestazioni di degenza di specialistica ambulatoriale - di degenza e specialistica in hospice
Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo alla Direzione e all'UOC Anticorruzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Declinazione a livello locale dei contratti quadro stipulati a livello regionale con le

Confronto con la Direzione Aziendale e le UO aziendali interessate per la declinazione a livello locale dei contratti quadro stipulati a livello regionale con le associazioni di categoria (es AIOP, ANISAP).
Negoziante e predisposizione dei contratti, previa verifica del possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi da parte dei fornitori.
Verifica sottoscrizione Patti di integrità.
Sottoscrizione del contratto da parte del Direttore Generale.

2. Ricerca fornitori per attivazione nuove sedi erogative o nuove attività e predisposizione

Ricerca di fornitori per attivazione nuove sedi erogative o nuove attività, richieste da altre UO dell'Azienda e autorizzate dalla Direzione Aziendale, tramite la predisposizione di avvisi pubblici.
Esame delle offerte (commissione di 3 componenti appartenenti ad almeno 2 UO differenti).
Predisposizione dei contratti con fornitori individuati dalla commissione previa autorizzazione della Direzione aziendale e nel rispetto delle condizioni da essa predeterminate, nonché verifica del possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi da parte dei fornitori.
Verifica sottoscrizione Patti di integrità.
Sottoscrizione del contratto da parte del Direttore Generale

3. Predisposizione dei Piani di produzione Ordinari e Straordinari annuali.

Predisposizione dei Piani di produzione Ordinari e Straordinari sulla base dei fabbisogni/criteri richiesti dalle UO interessate - in particolare: UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, UO Governo dei Percorsi Specialistici, DCP e IRCCS - e autorizzati dalla Direzione Aziendale. Approvazione dei Piani da parte delle strutture interessate che hanno espresso il fabbisogno.
Trasmissione ai fornitori dei Piani sottoscritti dal Direttore Sanitario.

4. Monitoraggio contratti di fornitura

Verifica del rispetto delle condizioni contrattuali e controllo quali-quantitativo della produzione erogata dai PA.
Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo alla Direzione Aziendale e all'UOC Anticorruzione e Trasparenza

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture private accreditate della regione Emilia-Romagna

Descrizione del Processo

Processo di ambito sanitario conseguente all'applicazione della DGR N. 354/2012 e successivi Piani Annuali di Controllo - PAC, e in applicazione della Procedura Aziendale P166 del 6/5/2019 "Controllo attività di ricovero presso gli Ospedali Privati Accreditati (OPA) della regione Emilia Romagna in regime SSN".

Tracciati regionali Produzione dei ricoveri ospedalieri:

- a favore dei residenti dell'USL Bologna e di altre regioni da parte degli OPA, accreditati e convenzionati, sul territorio dell'USL di Bologna
- a favore dei soli residenti USL Bologna presso gli OPA, accreditati e convenzionati, sul territorio delle altre Aziende USL della Regione.

input

Tracciati regionali Produzione dei ricoveri ospedalieri

output

Notifica all'OPA dell'esito finale dell'attività di controllo -Eventuale richiesta di emissione di nota di credito-Flusso FECS regionale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Predisposizione del campione oggetto di controllo

- Estrazione da Banca Dati Regionale delle SDO dei ricoveri degli OPA relativi al trimestre validato
- Definizione per singolo OPA dei volumi di ricoveri e della casistica oggetto di controllo, sulla base della normativa vigente e di fenomeni da osservare/monitorare (es. verifiche di nuove attività, di precedenti segnalazioni, ecc.).
- Estrazione del campione di ricoveri da controllare

2. Controllo presso le strutture private e verbalizzazione delle contestazioni

Controllo delle cartelle cliniche dei ricoveri individuati, redazione verbale (se presente referente OPA) o report di esito seguito da un successivo contraddittorio (se non presente il referente OPA), e trasmissione all'OPA.

3. Esame del riscontro dell'OPA al verbale inviato, e risposta alle eventuali

Esame delle controdeduzioni presentate dagli OPA, in relazione alle contestazioni rigettate, e redazione della risposta.

4. Riesame del caso

Su richiesta dell'OPA, eventuale riesame delle contestazioni alla presenza di professionisti di entrambe le parti e, in caso che questo non sia risolutivo, si procede all'incontro tra le Direzioni Aziendali per un tentativo di transazione, secondo quando previsto dalla DGR 354/2012.

5. Predisposizione prospetto riepilogativo finale per OPA

Al termine si invia il prospetto riepilogativo delle contestazioni, comprensivo delle ricadute economiche, con richiesta di emissione dei relativi documenti contabili

6. Predisposizione Relazione semestrale

Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo sanitario alla Direzione Sanitaria e all'UOC Anticorruzione e Trasparenza

7. Predisposizione Flusso FECS

Raccolta dati e Inserimento in banca dati regionale - Flusso FECS dei controlli effettuati e del loro esito

2. SPECIFICHE

Processo

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture pubbliche (IRCSS-AOUBO E IOR)

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Descrizione del Processo

Processo di ambito sanitario conseguente all'applicazione della DGR N. 354/2012 e successivi Piani Annuali di Controllo - PAC, e in applicazione del "Percorso controlli sanitari dell'azienda USL di Bologna sulle prestazioni di ricovero dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna - IRCSS"

input

Tracciati regionali relativi alla Produzione ricoveri ospedalieri a favore dei residenti dell'USL Bologna e di altre regioni da parte dell'IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna-IRCCS

output

Relazione Finale dell'attività di controllo all'IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna-IRCCS - Flusso FECS regionale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Predisposizione del campione oggetto di controllo

- Estrazione da Banca Dati Regionale delle SDO dei ricoveri relativi al trimestre validato
- Accordo preliminare annuale tra le parti per definire la casistica oggetto di controllo, tenendo anche conto di quanto contenuto nel "percorso controlli sanitari dell'azienda USL di Bologna sulle prestazioni di ricovero dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna - IRCSS"
- Estrazione del campione di ricoveri per il preliminare controllo interno.

2. Verifica dell'esito del controllo interno preliminare e disamina congiunta

Valutazione dell'esito del controllo interno da parte del personale AUSL ed eventuale disamina congiunta con la struttura

3. Relazione finale

Predisposizione della relazione finale per le direzioni sanitarie

4. Predisposizione Relazione semestrale

Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo sanitario alla Direzione Sanitaria e all'UOC Anticorruzione e Trasparenza

5. Predisposizione Flusso FECS

Raccolta dati e Inserimento in banca dati regionale - Flusso FECS dei controlli effettuati e del loro esito

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Liquidazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato accreditato

Descrizione del Processo

Processo amministrativo-contabile conseguente all'applicazione dei contratti di fornitura con le strutture private accreditate della RER in applicazione della Procedura P142AUSLBO (emissione degli ordini elettronici, controllo dei flussi di compensazione finanziaria e di addebito e liquidazione dei documenti contabili)

input

Documenti contabili relativi alle prestazioni erogate emessi in riferimento ai contratti di fornitura vigenti con il PA
- Documentazione a supporto del documento contabile

output

Autorizzazione alla liquidazione
- Richieste di emissione di note di credito
- Report contabile
- Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo alla Direzione Aziendale e all'UOC AT

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Emissione degli ordini elettronici

Predisposizione di ordini per l'emissione dei documenti contabili da parte dei fornitori (ammontari previsti a bilancio per singolo fornitore, per tipologia di attività ed in rapporto al destinatario del servizio erogato dal privato accreditato)

2. Controlli propedeutici alla liquidazione e richiesta di eventuale ulteriore

-Verifica anagrafica della residenza dell'assistito
-Verifica della corrispondenza tra quanto fatturato dal PA e il validato presente nelle banche dati regionali di riferimento, eventuali differenze sono valutate alla luce dell'applicazione dei contenuti contrattuali vigenti e della documentazione a supporto della fatturazione inviata dalle strutture private
-Verifica dell'ammontare del fatturato e quanto previsto nel contratto quadro regionale e/o nei contratti locali vigenti nonché gli ammontari previsti a bilancio dell'Azienda

3. Contestazioni delle eventuali difformità riscontrate e richiesta emissione nota di

Contestazione degli importi erroneamente addebitati

4. Verifica dell'emissione dei documenti contabili richiesti ad esito dei controlli

Verifica dell'emissione, nel rispetto dei termini indicati nei contratti di riferimento, dei documenti contabili richiesti ad esito dei controlli

5. Autorizzazione alla liquidazione dei documenti contabili

Predisposizione del ciclo di liquidazione quale autorizzazione finale al pagamento dei documenti contabili da parte del SUMCF

6. Predisposizione Relazione semestrale

Rendicontazione semestrale dell'attività di controllo alla Direzione Aziendale e all'UOC Anticorruzione e Trasparenza

7. Flusso FCDC

Inserimento in banca dati regionale - Flusso Fatturato Case di Cura (FCDC) dei dati di fatturato delle Case di Cura

COM

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

3.3 COMUNICAZIONE

Processo

Pubblicazione e aggiornamento dei canali web dell'Azienda USL di Bologna (sito, rete intranet, profili social)

Descrizione del Processo

La diffusione e la pervasività delle tecnologie informatiche applicate alla comunicazione e all'amministrazione pubblica, e la proliferazione della normativa in tema privacy, trasparenza, anticorruzione, usabilità, efficienza della pubblica amministrazione, rendono necessaria la definizione di aree di responsabilità, soprattutto in relazione ai contenuti e all'infrastruttura telematica che veicola la comunicazione aziendale via web così come la definizione di una chiara e definita governance dei canali di comunicazione telematica. Il sito aziendale, i profili social, la posta elettronica, in effetti, sono diventati piattaforme all'interno delle quali avvengono vere e proprie transazioni, non solo di natura informativa e comunicativa, ma anche amministrativa, giuridica, ed è ormai prassi consolidata che sia proprio la pubblicazione di un documento su un sito istituzionale a costituirne e a rafforzarne la validità e l'efficacia. la Direzione dell'Azienda USL di Bologna delega alla UO Comunicazione le funzioni legate alla autorizzazione di pubblicazione di contenuti, piattaforme o profili social. Per i contenuti testuali, grafici e informatici (per esempio, i link) vanno di conseguenza, individuati e resi trasparenti un responsabile dei contenuti e un referente dell'aggiornamento, tracciabili in ogni pagina della relativa sezione.

input

normativo per Amministrazione Trasparente su richiesta per altri canali

output

pubblicazione contenuto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

PO

DAATO

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Accertamento sanzionatorio mancata/tardiva disdetta prenotazioni specialistica ambulatoriale (MALUS)

Descrizione del Processo

Attività amministrative connesse al procedimento sanzionatorio per mancata o tardiva disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
Il Procedimento si compone di 3 fasi.

input

Acquisizione degli estremi degli appuntamenti non disdetti o disdetti oltre il termine massimo da ISES-BACKOFFICEWEB

output

Esito istruttoria: Ingiunzione e/o chiusura posizione per giustificato motivo o Iscrizione al ruolo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Verifiche preventive e accertamento

Accertamento e invio delle sanzioni: attività preliminari di controllo delle posizioni con acquisizione dei giustificativi preventivi ritenuti idonei dopo apposita istruttoria o con acquisizione tramite procedure d'ufficio, verifica anomalie dati anagrafici, accertamento con assegnazione protocollo per le posizioni rimanenti dopo le verifiche preliminari

2. Istruttoria dei ricorsi pervenuti dagli utenti

Analisi e gestione delle controdeduzioni: istruttoria di primo e/o secondo livello per la valutazione dei ricorsi presentati

3. Ingiunzione, annullamento o iscrizione al ruolo

Conclusione procedimento: invio ingiunzione di pagamento (sollecito), chiusura posizione e comunicazione di annullamento della sanzione, inoltre all'Agenzia delle Riscossione per i successivi adempimenti (iscrizione al ruolo)

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Controlli sulle autocertificazioni compartecipazione spesa sanitaria (ticket)

Descrizione del Processo

Attività amministrative connesse al procedimento di controllo sulle autocertificazioni relative alla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) effettuato mediante consultazione della banca dati SOGEI.
Il Procedimento si compone di 3 fasi.

input

Acquisizione delle posizioni per le quali la condizione di reddito lordo del nucleo familiare fiscale non è conforme a quanto dichiarato all'AUSL di Bologna per la compartecipazione alla spesa sanitaria da SOGEI SAP BUSINESS e

output

Esito istruttoria: Rinnovo richiesta di pagamento differenza a seguito di ricalcolo del ticket e chiusura o revisione posizione a seguito di istruttoria e poi Iscrizione al ruolo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Verifiche preventive e accertamento

Accertamento e invio delle richieste di pagamento: attività preliminari di controllo delle posizioni con acquisizione dei dati anagrafici e fiscali da Sogei e BACKOFFICEWEB, verifica anomalie dati anagrafici e fiscali, accertamento con assegnazione protocollo per le posizioni rimanenti dai controlli preventivi

2. Istruttoria dei ricorsi pervenuti dagli utenti

Analisi e gestione delle controdeduzioni: istruttoria di primo e/o secondo livello per la valutazione dei ricorsi presentati

3. Diffida o annullamento

Conclusione procedimento: invio diffida di pagamento, chiusura o ricalcolo della posizione, inoltro all'Agenzia delle Riscossione per i successivi adempimenti (iscrizione al ruolo)

1. GENERALI

Processo

Rimborso ticket mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Il rimborso avviene solo su istanza di parte dell'utente, e solo tramite bonifico bancario su cc indicato dall'utente sull'istanza o con lettera di mandato di pagamento con ritiro a sportello bancario. Le istanze vengono inserite in una procedura informatizzata su Ises Web e vengono scaricate mensilmente da ises Back Office per la convalida, effettuata dalla Responsabile di reti di Front Office. L'ufficio gestione rimborsi istruisce le pratiche che arrivano in valutazione e riesamina quelle inserite a sportello cup, processa le istanze informaticamente attraverso un doppio passaggio: da Ises B.O. ad Adiuvat e da Adiuvat al Gaac. C'è una doppia firma da parte del Direttore UOC Processi amministrativi dell'accesso, una sulle stampe cartacee di Adiuvat e una sul ciclo di liquidazione del Gaac. Un'istanza di rimborso non può essere inserita da un operatore che è anche intestatario della ricevuta oggetto di rimborso

input

Richiesta del cittadino

output

Risposta dell'AUSL di riconoscimento o meno del rimborso

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Acquisizione richieste

Il cittadino può presentare richiesta di rimborso attraverso più canali: web, tramite form on line, segnalazioni, mail all'alias gestione.rimborsi@ausl.bologna.it, a sportello cup dove l'operatore potrà inserirla direttamente in procedura o inviarla in valutazione all'ufficio rimborsi.

2. Istruttoria

Dopo l'acquisizione della domanda la stessa viene istruita. Si valuta se ci sono gli elementi per accettare l'istanza, vale a dire prestazione non erogata (valutabile tramite Ises o giustificativo del servizio), o se il cittadino ha pagato più volte la stessa prestazione o se ha diritto al riconoscimento di un'esenzione.

3. Convalida istanze

Se l'istruttoria va a buon fine tutte le istanze vengono inserite in procedura informatizzata su ises Web, sia a sportello che in back office, inserendo l'iban indicato dall'utente nell'istanza su cui ricevere l'accredito. Da ises Back Office vengono caricate le istanze di ogni mese, che una volta convalidate dalla responsabile di reti di front office, vengono importate su Adiuvat.

4. Invio in contabilità

Le liste importate su Adiuvat vengono stampate e firmate dal Direttore UOC Processi amministrativi dell'accesso, convalidate ed esportate in contabilità. Le liste stampate e firmate vengono inviate via mail al SUMCF che le importa sul GAAC. Con le liste importate sul Gaac l'ufficio gestione rimborsi crea il ciclo di liquidazione e lo mette alla firma digitale del Direttore UOC. Acquisita la firma digitale sul GAAC il SUMCF può emettere gli ordini di pagamento.

DASS

1. GENERALI

Processo

Inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

Il processo riguarda tutti i passaggi previsti per realizzare l'inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali (CRA Case Residenza Anziani o CDA Centro Diurno Anziani) di un anziano non autosufficiente. Tale processo comprende 3 principali fasi che sono descritte nel dettaglio nelle schede che seguono, specificatamente dedicate a ciascuna attività. Le 3 attività che compongono il processo sono: accesso allo sportello sociale e valutazione multidimensionale, assegnazione del servizio con conseguente inserimento in graduatoria distrettuale CRA o inserimento in elenco per CDA, accesso al servizio.

input

Richiesta di accesso al servizio

output

Attivazione del servizio (accesso)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Valutazione Unità di Valutazione Multidimensionale

CRA: Ricevuta la domanda del cittadino/familiare referente attraverso lo Sportello Sociale dell'Ente Locale, l'Assistente Sociale Responsabile del Caso dell'EE.LL. attiva la fase istruttoria, effettua l'analisi del bisogno e attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Complessa (UVMC) composta dalla stessa Ass. Soc., infermiere AUSL, Specialista medico AUSL; l'Ass. Soc. RC invia la valutazione alla UASS (compilazione cartella GARSIA + Bina + Scheda Sociale).

CDA: Ricevuta la domanda del cittadino/familiare referente attraverso lo Sportello Sociale dell'Ente Locale, l'Assistente Sociale Responsabile del Caso dell'EE.LL. attiva la fase istruttoria, effettua l'analisi del bisogno e attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Semplificata (UVMS) composta dalla stessa Ass. Soc. e infermiere AUSL. L'Ass. Soc. RC invia la valutazione alla UASS (compilazione cartella GARSIA + Bina + Scheda Sociale + scheda valutazione del livello di gravità).

2. Inserimento in graduatoria/elenco

CRA: l'operatore UASS inserisce la valutazione (solo BINA + scheda sociale) nel sistema GARSIA (Cartella Utente) e aggiorna così la graduatoria aggiungendo l'anziano valutato; l'Assistente Sociale pubblica la graduatoria ogni 15 gg. (ovvero la rende visibile in maniera aggiornata agli Ass. Soc. degli EE.LL. ciascuno dei quali visualizza solo gli anziani residenti nel proprio Comune)

CDA: l'operatore UASS sulla base della valutazione dell'UVM inserisce l'utente nell'elenco di coloro che sono candidabili per la frequenza in CDA

3. Accesso al servizio

CRA: l'Ente Gestore comunica la disponibilità di un posto; la UASS sulla base delle graduatorie e/o di particolari segnalazioni (Emergenza Socio Sanitaria) contatta il familiare referente; la UASS comunica al Gestore e all'Ass. Soc. degli Enti Locali l'accettazione del posto disponibile; la UASS "assegna" il nominativo presente in graduatoria alla Struttura in cui entrerà (attraverso il sistema GARSIA)

CDA: l'operatore UASS sulla base degli specifici bisogni dell'utente e della disponibilità/caratteristiche del Centro Diurno, previo contatto con lo stesso, procede all'attivazione del servizio e la UASS "assegna" il nominativo presente in elenco al CDA in cui entrerà (attraverso il sistema GARSIA).

1. GENERALI

Processo

Inserimento in servizi residenziali/semiresidenziali persone con disabilità non autosufficienti

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

Il processo riguarda tutti i passaggi previsti per realizzare l'inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali di persone con disabilità non autosufficienti. Tale processo comprende 3 principali fasi che sono descritte nel dettaglio nelle schede che seguono, specificatamente dedicate a ciascuna attività. Le 3 attività che compongono il processo sono: accesso allo sportello sociale e valutazione multidimensionale, autorizzazione all'attivazione del servizio proposto dall'UVM, accesso al servizio.

input

Richiesta di accesso al servizio

output

Attivazione del servizio (accesso)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Valutazione dell'UVM Disabili Distrettuale

Il cittadino/familiare referente formalizza la domanda all'EE.LL. (Sportello Sociale); l'Assistente Sociale del Servizio Disabili (EE.LL./ASP/ASC/UASS) attiva la fase istruttoria e l'analisi del bisogno; l'operatore Sociale Responsabile del Caso chiede l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale; la UASS convoca/coordina l'UVM e compila la sezione "valutazione" nella cartella Socio-Sanitaria (GARSIA + SIS/BARTHEL).

2. Autorizzazione all'attivazione del servizio

Il Responsabile UASS o suo delegato autorizza nel sistema GARSIA il servizio proposto dall'UVM Disabili Distrettuale (CSRR - Centro Socio Riabilitativo Residenziale, Gruppi Appartamento; CSRD - Centro Socio Riabilitativo Diurno, CSO - Centri Socio Occupazionali/Laboratori Protetti).

3. Accesso in struttura

Il Responsabile del Caso procede all'inserimento della persona con disabilità nel servizio individuato.

DATER

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Descrizione del Processo

L'accesso degli informatori è regolamentato dalle linee guida aziendali adottate con la delibera 222 del 29/6/2017 redatte sulla base della DGR 2309/2016 e successivi aggiornamenti. Gli incontri si svolgono periodicamente e sono prevalentemente collegiali sia in presenza che con modalità da remoto. Qualora la richiesta dell'informatore sia rivolta ad uno specifico professionista, l'incontro si svolge sempre alla presenza di un secondo professionista. Viene tenuta traccia di tutte le richieste cartacee e degli incontri effettuati. Come disposto dalla Direzione aziendale, in tutti i locali di cui alle attività proprie di tutte le macro articolazioni aziendali, sono stati predisposti cartelli informativi relativi alle modalità di accesso adottate.

input

Richiesta appuntamento

output

Registrazione dell'appuntamento avvenuto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio

L'informatore richiede un colloquio con i professionisti compilando apposita modulistica tramite form online o tramite mail/telefonata. I colloqui vengono successivamente confermati e predisposti con medesimi strumenti. Il giorno dei colloqui vengono registrati sul Form Informatizzato o registrati nell'apposito registro cartaceo.

2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report

La registrazione dei partecipanti ai colloqui avviene a cura del professionista che provvede alla compilazione del registro cartaceo o del Form Informatizzato.

2. SPECIFICHE

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

Processo

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

Descrizione del Processo

Tutela del diritto di libera scelta del cittadino del fornitore di prestazioni e servizi non a carico del Servizio Sanitario Nazionale

input

decesso di paziente

output

esequie

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione degli accessi in Camera Mortuaria

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

2. Esibizione mandato a IF prescelta dal familiare

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

3. Gestione degli spazi di Camera Mortuaria

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.2 extra LEA

Processo

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitrici di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

Descrizione del Processo

Tutela del diritto di libera scelta del cittadino del fornitore di prestazioni e servizi non a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

input

Richiesta di suggerimento di Enti/Imprese/associazioni private per Servizio extra Lea

output

Elenchi sul sito aziendale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. prescrizione/richiesta servizio/presidio non a carico del SSN

Prescrizione o richiesta servizio o presidio non a carico del SSN

2. accesso in struttura aziendale da parte di fornitore esterno per uno specifico paziente

Verificare gli accessi in reparto

DCP

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Assegno di cura oncologici

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione di assegni di cura a favore di pazienti oncologici in stadio terminale, secondo le Direttive Regionali e il regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 66 del 15/4/2011. La procedura coinvolge più soggetti (ANT, ONCOLOGO, MMG, Refente Cure Palliative..) che effettuano la valutazione sull'ammissibilità dell'assegno non di competenza amministrativa. La procedura è attivata con l'acquisizione da parte dell'Ufficio Amministrativo distrettuale della proposta di assegno di cura e si conclude con la liquidazione del contributo, il cui pagamento è disposto dal SUMCF.

input

Acquisizione della richiesta

output

Liquidazione assegno di cura

responsabile

Direttore

Attività

Descrizione dell'attività

1. Ricezione della richiesta

L'Ufficio Amministrativo del Distretto riceve dal paziente affetto da patologia oncologica per la quale risulta attivato il Programma assistenziale ANT o ADI3, o in caso di impossibilità dello stesso, da un suo familiare, la richiesta di erogazione di assegno di cura oncologico, corredata dalla documentazione sanitaria e dall'ISEE.

2. Istruttoria

L'Ufficio Amministrativo del Distretto verifica la completezza e regolarità della documentazione presentata (sanitaria e ISEE) e acquisisce dal medico oncologo di riferimento (aziendale o ANT) la conferma dei requisiti sanitari per l'idoneità all'assegno. Successivamente alla convalida da parte del medico oncologo, l'ufficio amministrativo del Distretto crea la posizione relativa all'assegno di cura oncologico sull'applicativo GARSIA (la cartella personale dell'utente viene aperta in Garsia dal Comune, mentre l'Ufficio Amministrativo inserisce i dati relativi all'Assegno di cura)

3. Formalizzazione del contratto per l'assegno di cura oncologico

Il sistema GARSIA genera il contratto contenente tutti gli elementi che regolano l'erogazione dell'assegno di cura oncologico. Il contratto viene stampato dall'ufficio Amm.vo del Distretto e sottoscritto in presenza dall'utente /beneficiario e dal Responsabile UASS del Distretto.

4. Liquidazione dell'assegno

Il sistema GARSIA mensilmente genera le liste di pagamento che vengono esportate al Sistema ADIUVAT. L'ufficio amministrativo prima di procedere alla liquidazione delle liste accerta l'esistenza in vita degli utenti sull'applicativo ARA. La lista viene stampata e firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp. Amm.vo Distrettuale. L'ufficio Amministrativo procede quindi a predisporre il ciclo di liquidazione in GAAC (che riporta la scansione delle liste cartacee firmate). Il sistema invia al Responsabile Amministrativo la lista per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC. La fase di pagamento/erogazione compete al SUMCF.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Assegno di cura per Anziani non Autosufficienti

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione di contributi a favore delle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto. La materia è regolata da Direttive Regionali e dal regolamento aziendale approvato con delibera del DG n. 66 del 15/4/2011.

La procedura interessa un numero cospicuo di beneficiari e coinvolge più amministrazioni (Comuni/Ausl/INPS). La presa in carico delle richieste di assegno di cura avviene da parte dello sportello sociale territoriale del Comune. L'Unità di Valutazione Multimensionale (UVM) coordinata dal DASS, organismo a composizione integrata di tipo tecnico, socio-sanitario, valuta l'ammissibilità dell'intervento. L'intero procedimento è gestito attraverso l'applicativo GARSIA che raccoglie tutte le informazioni ed i dati utili al caso. Il procedimento amministrativo di competenza distrettuale prende avvio con l'acquisizione delle richieste validate dall'UVM e si conclude con la liquidazione del contributo, il cui pagamento è disposto dal SUMCF.

input

Acquisizione richieste da UVM

output

liquidazione assegno di cura

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Fase istruttoria

L'Ufficio Amministrativo del Distretto acquisisce la valutazione multimensionale in forma di scheda di valutazione (riportante i dati dell'utente avente diritto, il bisogno rilevato, e il piano assistenziale individualizzato compreso il livello di assegno di cura da erogare).

L'Ufficio Amministrativo distrettuale inserisce nel programma GARSIA i dati relativi agli assegni di cura da erogare autorizzati da UVM.

Ricevuto dal competente ufficio del Comune (con cadenza mensile) l'elenco degli assegni di cura già valutati positivamente dall'UVM, proposti per la concreta attivazione, con indicazione del livello di assegno di cura (elevato, medio, ridotto, al quale corrisponde il livello di erogazione economica) e durata del contratto, l'uff. amministrativo distrettuale verifica la rispondenza dei nominativi in elenco con la scheda di valutazione.

2. Redazione del contratto per assistenza a domicilio

Il sistema GARSIA genera il contratto contenente tutti gli elementi che regolano l'erogazione dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti. Il contratto viene stampato dall'Ufficio Amm.vo del Distretto e sottoscritto dall'utente/beneficiario e dal Responsabile UASS del Distretto.

3. Liquidazione dell'assegno

Il sistema GARSIA bimestralmente genera le liste di pagamento che vengono esportate al Sistema ADIUVAT (sistema funzionale alla gestione del pagamento). La lista viene stampata e firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp. Amm.vo Distrettuale.

L'ufficio Amministrativo procede quindi a predisporre il ciclo di liquidazione in GAAC (che riporta la scansione delle liste cartacee firmate). Il sistema invia al Responsabile Amministrativo la lista per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC. La fase di pagamento/erogazione compete al SUMCF.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Assegno di cura per disabili adulti e gravissime disabilità DGR Emilia-Romagna n. 2068/2004

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione di assegni di cura e di sostegno a favore di cittadini disabili e/o con gravissime disabilità acquisite. La materia è regolata dalle Direttive Regionali e dal regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 101 del 15/5/2013. La procedura coinvolge più amministrazioni (Comuni/Ausl) L'Assistente sociale (Responsabile del Caso) del Comune (in caso di assenza delega) o dell'Ausl (per chi ha deleghe), su richiesta del disabile o di un suo congiunto, verifica l'ammissibilità dell'intervento e formula la proposta. Le proposte vengono presentate in Unità di Valutazione Multidimensionale UVM/UVM Gravissime disabilità acquisite (Grad) per la valutazione e approvazione. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili (UVM e UVM Grad) coordinata dalla UASS, organismo a composizione integrata di tipo tecnico, socio-sanitario, valuta l'ammissibilità dell'intervento. L'intero procedimento è gestito attraverso l'applicativo GARSIA che raccoglie tutte le informazioni ed i dati utili al caso. Il procedimento amministrativo di competenza distrettuale prende avvio con l'acquisizione delle richieste validate dall'UVM e dal Responsabile UASS e si conclude con la liquidazione del contributo, il cui pagamento è disposto dal SUMCF.

input

Acquisizione richiesta da UVM / Reps. UASS

output

Liquidazione assegno di cura

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Fase istruttoria/ricezione istanze validate da UVM

L'Ufficio Amministrativo Distrettuale acquisisce la richiesta di attivazione dell'intervento autorizzato dal Responsabile UASS Distrettuale; la richiesta riporta la tipologia di intervento valutato e disposto dall'UVM Disabili, oltre ai dati necessari ai fini dell'erogazione. Una volta acquisita la richiesta firmata dal Resp. UASS Distrettuale, l'intervento viene convalidato nell'applicativo GARSIA. L'Ufficio Amm.vo provvede ad inserire nell'applicativo gestionale GARSIA i dati in precedenza acquisiti (IBAN, Beneficiario, ...).

2. Definizione del contratto

Il sistema GARSIA genera il contratto contenente tutti gli elementi che regolano l'erogazione dell'assegno di cura per disabile. Il contratto viene stampato dall'ufficio Amm.vo del Distretto e sottoscritto dall'utente/beneficiario, dal Responsabile del Caso e dal Responsabile UASS del Distretto.

3. Liquidazione dell'assegno

Il sistema GEAC/GARSIA mensilmente genera le liste di pagamento che vengono esportate dall'Ufficio Amministrativo nel sistema ADIUVAT. La lista viene stampata e firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp.Amm.vo Distrettuale. L'ufficio Amministrativo procede quindi a predisporre il ciclo di liquidazione in GAAC (che riporta la scansione delle liste cartacee firmate). Il sistema invia al Responsabile Amministrativo la lista per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC. La fase di pagamento/erogazione compete al SUMCF.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Assistenza protesica, fornitura ausili

Descrizione del Processo

L'assistito che, sottoposto a visita medica da parte del proprio Medico di assistenza Primaria od a visita specialistica, riceva una prescrizione per ausili, può formulare richiesta di fornitura dell'ausilio agli uffici protesici aziendali. La pratica viene così istruita e sottoposta alle necessarie verifiche in ordine al possesso dei requisiti previsti dall'apposita normativa di riferimento. In caso la richiesta di fornitura di ausili sia giudicata positivamente, la fornitura viene autorizzata e l'ausilio fornito all'assistito beneficiario.

input

Prescrizione medica redatta da Medico Specialista, MMG, proposta fisioterapisti con prescrizione in time.

output

Fornitura dell'ausilio prescritto.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione della richiesta

Prescrizione di medico specialista, di MMG, proposta fisioterapisti con prescrizione in time.

2. Istruttoria: verifica dei requisiti

Ricezione della pratica da parte degli uffici protesici. Il Personale amministrativo afferente agli uffici preposti istruisce la pratica, verifica la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa: invalidità, tempi di rinnovo, residenza. Per gli ausili personalizzati vengono verificati i preventivi inviati dalle sanitarie individuate dai pazienti. Le pratiche così istruite vengono sottoposte ai medici del Dipartimento Cure Primarie per l'eventuale autorizzazione.

3. Autorizzazione

In caso di autorizzazione, gli ordini vengono inviati al magazzino ausili o alle sanitarie per la fornitura.

4. Liquidazione della fattura

Il Personale amministrativo procede alla verifica della consegna e alla liquidazione della fattura.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Contributi a favore di Minori e disabili

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione di contributi economici a favore di Minori e Disabili nell'ambito delle attività delegate alla AUSL dai Comuni e nell'ambito della programmazione delle risorse per la non autosufficienza secondo il regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 141 del 8/7/2014. La procedura coinvolge più amministrazioni (Comuni/Ausl).

input

Acquisizione richiesta validata da UVM

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Proposta di intervento economico, istruttoria

L'Assistente Sociale, Responsabile del caso, verifica preliminarmente la sussistenza dei requisiti richiesti per l'erogazione del contributo e sottopone la proposta di intervento all'apposita Commissione distrettuale. Il procedimento per la competenza amministrativa distrettuale prende avvio con l'acquisizione della richiesta di attivazione dell'intervento autorizzato dal Responsabile UASS Distrettuale che riporta la tipologia di intervento valutato e disposto dalla Commissione.

2. Liquidazione dell'assegno

L'operatore amministrativo inserisce le liste di pagamento nel sistema ADIUVAT. La lista viene stampata, firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp.Amm.vo Distrettuale. L'Ufficio Amm.vo del Distretto procede quindi alla liquidazione - ciclo liquidazione (allegando scansione delle liste cartecce firmate), con invio al Resp. Amm.vo per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC.

1. GENERALI

Processo

Contributi aggiuntivi assistenti famigliari per Disabili

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione del contributo aggiuntivo per assistenti familiari a coloro che già beneficiano di assegno di cura disabili (comprese gravissime disabilità). La procedura è regolata dalle Direttive Regionalie (DGR 1206/2007 e succ int.) e dal regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 101/2013. LA procedure coinvolge più amministrazioni (Comuni/Ausl/INPS). La presa in carico delle richieste di contributo aggiuntivo avviene da parte dello sportello sociale territoriale del Comune. In questa fase l'Assistente Sociale/Responsabile del caso del Comune (dell'Ausl in caso di delega) verifica preliminarmente la sussistenza dei requisiti richiesti per l'erogazione del contributo aggiuntivo (esistenza contratto di lavoro con assistente familiare pari ad almeno 20 ore settimanali ed ISEE per i disabili). L'Unità di Valutazione Multimensionale Disabili e UVM GRAD coordinata dalla UASS, organismo a composizione integrata di tipo tecnico, socio-sanitario, valuta l'ammissibilità dell'intervento. L'intero procedimento è gestito attraverso l'applicativo GARSIA che raccoglie tutte le informazioni ed i dati utili al caso. Il procedimento amministrativo di competenza distrettuale prende avvio con l'acquisizione delle richieste validate dall'UVM Disabili e si conclude con la liquidazione del contributo, il cui pagamento è disposto dal SUMCF.

input

Acquisizione richiesta UVM e Resp. UASS Distrettuale

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Fase istruttoria

Il procedimento di competenza distrettuale prende avvio con l'acquisizione della richiesta di attivazione dell'intervento autorizzato dal Responsabile UASS Distrettuale che riporta la tipologia di intervento valutato e disposto dall'UVM. Una volta acquisita la richiesta firmata dal Resp. UASS Distrettuale, l'Ufficio amministrativo implementa la posizione dell'utente in GARSIA, integrandola con l'attivazione del contributo aggiuntivo autorizzato.

2. Formalizzazione del contratto per il contributo aggiuntivo

Il sistema GARSIA genera il contratto contenente tutti gli elementi che regolano l'erogazione del contributo aggiuntivo. L'Ufficio Amm.vo verifica preliminarmente la completezza della documentazione. Il contratto viene stampato dall'ufficio Amm.vo del Distretto e sottoscritto dall'utente/beneficiario, dal Responsabile del Caso e dal Responsabile UASS del Distretto

3. Liquidazione dell'assegno

Il sistema GARSIA mensilmente genera delle liste che vengono esportate sul Sistema ADIUVAT. La lista viene stampata e firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp.Amm.vo Distrettuale. L'ufficio Amm.vo del Distretto procede quindi alla liquidazione - creazione ciclo di liquidazione -, (allegando scansione delle liste carteece firmate), con invio al Resp. Amm.vo per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC. Il Pagamento è di competenza del SUMCF

1. GENERALI

Processo

Contributo aggiuntivo per assistenti familiari anziani

Descrizione del Processo

La procedura riguarda l'erogazione del contributo aggiuntivo per assistenti familiari a coloro che già beneficiano di assegno di cura anziani. La procedura è regolata dalle Direttive Regionali (DGR1207/2007) ed dal regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 66 del 15/4/2021. La procedura coinvolge più amministrazioni (Comuni/Ausl/INPS). La presa in carico delle richieste di contributo aggiuntivo avviene da parte dello sportello sociale territoriale del Comune. In questa fase l'Assistente Sociale/Responsabile del caso del Comune verifica preliminarmente la sussistenza dei requisiti richiesti per l'erogazione del contributo aggiuntivo (sussistenza contratto di lavoro con assistente familiare pari ad almeno 20 ore settimanali ed ISEE). L'Unità di Valutazione Multimensionale (UVM) coordinata dal DASS, organismo a composizione integrata di tipo tecnico, socio-sanitario, valuta l'ammissibilità dell'intervento. L'intero procedimento è gestito attraverso l'applicativo GARSIA che raccoglie tutte le informazioni ed i dati utili al caso. Il procedimento amministrativo di competenza distrettuale prende avvio con l'acquisizione delle richieste validate dall'UVM e si conclude con la liquidazione del contributo, il cui pagamento è disposto dal SUMCF.

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

input

Acquisizione richieste da UVM

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Fase istruttoria

L'Ufficio Amm.vo del Distretto (con cadenza mensile) acquisisce dal competente ufficio comunale l'elenco dei nominativi degli aventi diritto per l'erogazione del contributo. Il sistema GARSIA genera il contratto contenente tutti gli elementi che regolano l'erogazione del contributo aggiuntivo. Il contratto viene stampato dall'ufficio Amm.vo del Distretto e sottoscritto (dall'utente/beneficiario) e dal Responsabile UASS del Distretto.

2. Liquidazione dell'assegno

Il sistema GARSIA bimestralmente genera delle liste che vengono esportate al Sistema ADIUVAT (sistema funzionale alla gestione del pagamento). La lista viene stampata e firmata dal Responsabile UASS Distrettuale e dal Resp. Amm.vo Distrettuale.
L'ufficio Amministrativo procede quindi a predisporre il ciclo di liquidazione in GAAC (che riporta la scansione delle liste cartacee firmate). Il sistema invia al Responsabile Amministrativo la lista per la convalida (Firma) sull'applicativo GAAC. La fase di pagamento/erogazione compete al SUMCF.

1. GENERALI

Processo

Erogazione contributi per altra assistenza sanitaria per patologia celiaca

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

Per contributi erogati in assistenza integrativa per patologia celiaca si intendono i buoni, corrisposti agli assistiti con certificazione per comprovata patologia celiaca, spendibili per l'acquisto di prodotti dietetici specifici privi di glutine (prodotti specifici elencati nel registro nazionale degli alimenti per celiaci). Infatti il decreto ministeriale del 1 luglio 1982 ha previsto l'erogazione gratuita dei prodotti dietoterapeutici, essenziali per poter seguire la dieta senza glutine per gli assistiti che soffrono di patologia celiaca.
Oltre che da parte dei presidi delle Aziende USL, i prodotti possono essere erogati direttamente anche da farmacie convenzionate o da altri fornitori espressamente incaricati dalle Aziende USL, nel rispetto di specifiche direttive emanate dalla Regione Emilia-Romagna. Nel tempo si è ampliato il novero di coloro che possono fornire agli assistiti i prodotti, entro un determinato valore mensile, senza costi diretti a carico dell'assistito.
L'intero processo organizzativo di gestione dell'erogazione di detti buoni ha origine dalla ricezione della richiesta presentata dall'assistito ed è disciplinato da normativa regionale e nazionale.
A seguito dell'erogazione del buono virtuale, è possibile l'approvvigionamento dei prodotti dietetici presso i fornitori convenzionati, che possono erogare direttamente i prodotti, previa esibizione da parte dell'assistito della tessera sanitaria in corso di validità in abbinamento ad apposito codice pin (per la patologia celiaca) ricevuto dall'assistito a mezzo posta o via Fascicolo Sanitario Elettronico (qualora attivato) e che l'assistito digiterà al momento dell'acquisto tramite buono. L'importo corrispondente al valore massimo dei buoni da emettere mensilmente è stabilito con decreto dal Ministero della Salute per fasce di età dell'assistito; nella misura in cui saranno effettivamente spesi dall'assistito, verranno rimborsati al fornitore.

input

Richiesta presentata da parte dell'utente.

output

Erogazione di buoni per l'acquisto di prodotti dietetici indicati per la patologia celiaca.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione della richiesta

L'assistito, residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna e con diagnosi di patologia celiaca e che necessita di seguire una rigida dieta alimentare priva di glutine, presenta richiesta di emissione dei buoni mensili dematerializzati spendibili per l'approvvigionamento di prodotti specifici presso fornitori incaricati dall'Azienda USL di Bologna.

2. Istruttoria per la verifica dei requisiti

L'ufficio preposto riceve la richiesta e verifica la sussistenza dei presupposti di legittimità a fondamento della richiesta.

3. Erogazione di buoni mensili dematerializzati in favore di assistiti celiaci.

Emissione di buono dematerializzato (che ha sostituito i buoni cartacei che venivano emessi in precedenza).

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Erogazione rimborsi per assistenza sanitaria all'estero.

Descrizione del Processo

I processi che vengono configurati come rimborsi per altra assistenza sanitaria sono tutti caratterizzati da una domanda dell'utente inviata all'ente, dalla verifica che sussistano le condizioni per l'erogazione dei rimborsi che sono contemplati in leggi nazionali, regionali o disposizioni, circolari aziendali. Il processo si conclude con un atto formale di liquidazione del rimborso. Nel caso di questo processo organizzativo per l'erogazione del rimborso previsto per assistenza all'estero, viene gestita la richiesta di rimborso di spese sostenute all'estero (motivate da cure programmate oppure cure urgenti/necessarie oppure per assistenza sanitaria transfrontaliera).

input

Richiesta presentata da parte dell'utente.

output

Liquidazione del rimborso.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione della richiesta

Ricezione della domanda dell'utente, inviata all'ente.

2. Istruttoria

Verifica che sussistano le condizioni per l'erogazione dei rimborsi (in base ai presupposti previsti all'interno di leggi nazionali, regionali o disposizioni, circolari aziendali) e verifica della documentazione probatoria prodotta.

3. Liquidazione del rimborso

Atto formale di liquidazione del percorso.

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Esenzioni ticket

Descrizione del Processo

Le modalità di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) si differenziano in base a specifiche condizioni (patologie) e categorie di cittadini (condizione socio sanitaria). Alle diverse tipologie di esenzione dal ticket corrispondono specifici codici esenzione. Ai codici di esenzione sono collegate le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale considerate appropriate per il monitoraggio dell'evoluzione della malattia ed efficaci al fine della prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Tale principio è contenuto nell'art. 5 del Dlgs124/98. La regione Emilia Romagna con propria Circolare (n°2/2019) ha definito le schede tecniche per ciascuna tipologia di esenzione, nonché gli aventi diritto e la modalità per usufruirne.

input

Presentazione di documentazione allo sportello

output

Fruizione di prestazioni sanitarie in regime di esenzione ticket

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Riconoscimento esenzione

La registrazione sul sistema ARA (Anagrafe Regionale degli Assistiti) è a cura della rete del Front-Office Aziendale che applica le regole previste nella già citata Circ. RER 2/2019.

Ad ogni registrazione corrisponde l'acquisizione della relativa documentazione prevista per quella determinata categoria di esenzione.

- certificazione attestante la patologia cronica con riferimento ad uno specifico codice
- certificazione rilasciata da un Centro autorizzato per la cura delle Malattie rare
- certificati rilasciati dalle competenti Commissioni mediche attestanti la percentuale e il grado di invalidità /malattia professionale
- una quota residuale di autodichiarazioni cartacee da parte dei cittadini attestanti condizioni di età + reddito che danno diritto all'esenzione dal ticket

2. Modalità di fruizione dell'esenzione da parte del cittadino

La possibilità di fruire di prestazioni sanitarie in esenzione dal ticket è strettamente collegata alla presenza in ricetta del codice di esenzione. Si sostanzia nell'apposizione del codice di esenzione nella prescrizione SSR che è esclusivamente in capo al medico prescrittore al quale è demandata la valutazione dell'appropriatezza rispetto alla prestazione richiesta in tutti i casi di esenzione con effetto parziale (legato cioè ad una determinata patologia).

1. GENERALI

1.7 Provv.ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO

Processo

Gestione delle richieste di mantenimento del Pediatra di Libera scelta oltre il 14° anno di età dell'assistito.

Descrizione del Processo

L'Accordo Integrativo Regionale siglato il 17 dicembre 2008 in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta prevede che, per l'assistenza pediatrica, la popolazione di riferimento possa identificarsi anche con la fascia di età 14-16 anni qualora vi siano particolari necessità legate anche a patologie croniche o a situazioni di disagio psico-sociale (espressamente declinate dalla Regione Emilia-Romagna) relative all'assistito o alla sua famiglia, in deroga alla previsione dell'art.39 punto 6 dell'ACN ("il pediatra [...] può acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età").

Il soggetto esercente la potestà genitoriale, nei riguardi di un assistito di età inferiore ai 14 anni che pertanto si accinga ad uscire dalla "fascia pediatrica" di età, riceve una comunicazione ad oggetto "compimento dei quattordici anni e scelta del medico di famiglia" in calce alla quale si precisa che, qualora l'assistito soffra di documentate patologie croniche o abbia avuto il riconoscimento di invalidità o viva situazioni di disagio psico-sociale o sia titolare di una esenzione ticket relativa ad un determinato elenco di patologie, è possibile, previa accettazione scritta del Pediatra di Libera Scelta di riferimento, richiedere un prolungamento dell'assistenza sino al compimento del sedicesimo anno di età. Qualora l'assistito si trovi in possesso dei particolari requisiti necessari, il soggetto esercente la potestà genitoriale può presentare richiesta di mantenimento del Pediatra di Libera Scelta: in prossimità del compimento del quattordicesimo anno di età da parte dell'assistito che rientri in una delle categorie espressamente identificate, il soggetto esercente la potestà genitoriale può richiedere al Pediatra di Libera Scelta che ha in carico il piccolo paziente se sia disposto a mantenere, sino al compimento del 16-esimo anno di età, la scelta effettuata a nome del piccolo paziente e ad esprimere per iscritto tale consenso per accettazione. Si reca poi presso uno sportello CUP per presentare la richiesta di "mantenimento" tramite compilazione di apposito modulo, a cui alleggerà la documentazione sanitaria occorrente e l'accettazione scritta a firma del Pediatra di Libera Scelta. In caso non sussistano dubbi circa la motivazione addotta a fondamento della richiesta, la risposta viene fornita direttamente dall'operatore di sportello e il processo si conclude con l'eventuale variazione, operata tramite apposito applicativo ARA, del termine temporale di scadenza della scelta effettuata. In caso, invece l'operatore di Sportello CUP non possa dare immediatamente risposta certa alla richiesta, in quanto sussistono dubbi sulla legittimità della motivazione addotta, trasmette la richiesta alla UO Processi Amministrativi Cure Primarie (SC) aziendale che si occuperà di condurre l'istruttoria.

input

Ricezione della richiesta presentata da parte di chi esercita la potestà genitoriale sul piccolo paziente assistito in favore del quale la richiesta è formulata.

output

Comunicazione dell'esito al soggetto richiedente e contestuale svolgimento degli eventuali adempimenti d'ufficio conseguenti alla decisione assunta.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione della richiesta ed avvio dell'istruttoria.

Quando sussistano dubbi inerenti l'ammissibilità della richiesta di mantenimento del PLS oltre il 14° anno di età dell'assistito, la pratica, trasmessa dagli operatori di Sportello CUP, perviene agli uffici della UO Processi Amministrativi Cure Primarie (SC) che si occupano di dirimere le questioni che comportano difficoltà interpretative in merito ai presupposti di legittimità di questo genere di richieste. Nel caso la motivazione della richiesta rientri con evidenza all'interno di una delle categorie espressamente previste dalla Regione Emilia-Romagna, la richiesta viene accettata. Nel caso, invece, la motivazione della richiesta non sia contemplata espressamente da alcuna previsione regionale, la decisione viene rimessa alla prima convocazione utile del Comitato Aziendale (di cui all'art.23 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta) per la valutazione delle richieste pervenute: si prenderà atto della decisione assunta in tale sede.

2. Invio di comunicazione scritta al richiedente recante l'esito della procedura.

Al richiedente viene inviata comunicazione scritta recante l'esito del procedimento.

1. GENERALI

Processo

Incasso ticket delle prestazioni specialistiche tramite CUP e farmacie

Descrizione del Processo

Le prestazioni incassate dai punti di riscossione, prevedono, di norma, il percorso: prenotazione/incasso/erogazione prestazione, in alcuni casi l'incasso può essere successivo all'erogazione della prestazioni qualora l'importo della prestazione sia determinabile solo successivamente all'erogazione (per es. accesso al pronto soccorso, day service).

I canali di incasso sono:

- Casse di riscossione dei Punti CUP Aziendali con operatore
- Riscuotitori automatici
- Sportelli delle Farmacie
- Pagamento tramite internet sul sito www.pagonlinesanita.it
- Strutture Private Accreditate
- PSP convenzionati

Il conteggio dell'importo dovuto è effettuato direttamente dal sistema informatico, sulla base della condizione (NON ESENTE) riportata sulla prescrizione medica

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

input

Scelta dei canali di incasso da parte del cittadino

output

Introito dell'incasso

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Presentazione distinta di pagamento a sportello

Se il cittadino si presenta ad uno sportello per effettuare il pagamento del ticket, l'operatore richiama la pendenza dalla funzione di ISES:

- Cassa_Gestione cassa esterna (RUDI) per le prestazioni prenotate successivamente al 24/2/2021
- Cassa_Incasso automatico: per le prestazioni prenotate o accettate prima del 24/02/2021

e procede ad incassare la pendenza tramite:

- POS, se l'operazione è effettuata presso uno sportello aziendale
- POS o contanti, se l'operazione è effettuata presso il punto Cup della farmacia

Nei casi residuali di presentazione di distinta manuale, l'operatore dello sportello aziendale (no farmacie) deve accedere da ISES alla funzione:

- Cassa_Incasso manuale e procedere alla creazione dell'esigenza di incasso (crea pendenza Rudi)
- Procede poi all'incasso tramite POS della pendenza da Gestione cassa esterna (RUDI)

2. Chiusura posizione debitoria

La procedura informatica garantisce che all'atto della contabilizzazione dell'incasso venga chiusa la posizione aperta relativa alle prestazioni prenotate su ISES riferite alle prestazioni erogate dall'Azienda Usl di Bologna, dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e dallo IOR o alle posizioni di incasso direttamente aperte sul sistema RUDI.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Gestione delle convenzioni con Terzo Settore

Descrizione del Processo

L'Azienda USL di Bologna realizza, mediante convenzione, attività di collaborazione con Enti del Terzo Settore (ETS), ossia Organizzazioni di Volontariato (ODV) o Associazioni di Promozione Sociale (APS) ai sensi dall'art. 56 del Dlg.vo 117/20017 e dal DM n. 72 del 23/03/2021. In applicazione dell'ultimo DM, è attualmente oggetto di revisione e riscrittura il relativo regolamento aziendale che sarà probabilmente licenziato nel corso del 2022.

Le convenzioni sono finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale sulla base di progetti/ambito di interventi esplicitati nella fase di pubblicazione dell'avviso o riferibili a successive esigenze/necessità. L'avviso viene pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda USL, nell'apposita sezione dedicata. Il procedimento, a seguito della valutazione delle proposte pervenute, si conclude con l'adozione di una convenzione (convezione quadro) che disciplina il rapporto di collaborazione tra l'AUSL di Bologna e il soggetto individuato. In attuazione e nei limiti della Convenzione la declinazione operativa e gestionale dei singoli progetti/interventi è demandata alle macrogestioni di riferimento con proprio atto.

input

Acquisizione richiesta fabbisogni dalle UO di afferenza

output

Convenzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Pubblicazione avviso di manifestazione di interesse

Quando l'Azienda ravvede la necessità di attivare interventi di supporto all'utenza (rappresentate dalle varie UUOO di riferimento/macrostrutture), emana un avviso pubblico di manifestazione di interesse, rivolto a ODV e APS, per raccogliere possibili proposte di collaborazione. L'individuazione dei soggetti (ODV/APS) con i quali stipulare la convenzione per la realizzazione delle attività/servizi sociali di interesse generale, avviene previa pubblicazione di specifico avviso ad evidenza pubblica nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità trasparenza, partecipazione e parità di trattamento. L'avviso contiene: l'oggetto, i criteri di ammissibilità e di valutazione delle proposte, le modalità di regolazione del rapporto di collaborazione, la durata e il quadro economico di riferimento. L'avviso viene pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda USL, nell'apposita sezione dedicata.

2. Ricezione candidature e valutazione delle proposte

Le proposte pervenute in seguito alla pubblicazione dell'Avviso, sono oggetto di valutazione comparativa, nel rispetto dei criteri definiti nell'avviso medesimo. Tale valutazione viene svolta da apposito gruppo di valutazione formalmente individuato. Della valutazione e dell'esito viene redatto apposito verbale.

3. Adozione atto conclusivo della procedura e stipula della convenzione

L'esito della procedura selettiva avviene con la pubblicazione del provvedimento finale che individua l'Ente con cui si procederà alla stipula della convenzione (Convenzione Quadro). La convenzione esplicita tra l'altro: le caratteristiche dei progetti; gli eventuali spazi, strutture o attrezzature resi disponibili dall'Ente; le eventuali voci di spesa ammissibili a rimborso; le modalità di rendicontazione dell'attività; la durata. La Convenzione Quadro è adottata con delibera del DG su proposta del Direttore DAATO. I progetti attuativi, nell'ambito dei vincoli contenuti nella convenzione quadro, sono approvati con determina del Direttore/Responsabile della Macrostruttura di riferimento

4. Rimborso spese rendicontate

Le Organizzazioni di Volontariato (ODV) o Associazioni di Promozione Sociale (APS), con cadenza stabilita e definita nella convenzione (generalmente mensile), producono una nota di rendicontazione delle attività svolte nell'ambito dello specifico progetto e delle spese connesse sostenute. Il referente aziendale di progetto esamina la nota di rendicontazione e la convalida ai fini del rimborso. L'Ufficio Amm.vo Distrettuale interessato, ricevuta la convalida, attiva la procedura di liquidazione e autorizza il rimborso mediante procedura GAAC. L'erogazione del rimborso compete al SUMFC

DFAR

2. SPECIFICHE

Processo

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Descrizione del Processo

L'accesso degli informatori è regolamentato dalle linee guida aziendali adottate con la delibera 222 del 29/6/2017 redatte sulla base della DGR 2309/2016 e successivi aggiornamenti.

Gli incontri si svolgono periodicamente e sono prevalentemente collegiali sia in presenza che con modalità da remoto. Qualora la richiesta dell'informatore sia rivolta ad uno specifico professionista, l'incontro si svolge sempre alla presenza di un secondo Farmacista.

Viene tenuta traccia di tutte le richieste cartacee e degli incontri effettuati. Come disposto dalla Direzione aziendale, in tutti i locali di cui alle attività proprie del Dip.Farmaceutico, sono stati predisposti cartelli informativi relativi alle modalità di accesso adottate.

input

Delibera AUSL BO n 222 29/6/17 e DGR 2309/2016

output

Report per Direzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio

L'informatore richiede un colloquio con i professionisti del Dip. Farmaceutico compilando apposita modulistica differenziata per farmaci e dispositivi medici che invia alla Segreteria del Dipartimento. Ad inizio di ogni anno vengono già fissate le date dei colloqui, successivamente confermate agli informatori tramite e-mail / avviso di invito alla video conferenza. Il giorno dei colloqui la segreteria predispone un riepilogo delle Ditte/informatori di cui agli appuntamenti dove vengono annotati anche i nomi dei Farmacisti presenti. In caso di richiesta di colloquio per specifiche esigenze (fuori dalle date individuate), il percorso è analogo ovvero compilazione della modulistica con indicato il nome del Farmacista richiesto che indica le disponibilità, effettua l'incontro sempre alla presenza di un secondo collega e comunica alla Segreteria i nominativi per i seguiti di competenza.

2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report

La registrazione dei partecipanti ai colloqui avviene a cura della Segreteria del Dip. Farmaceutico che provvede alla compilazione di apposito file excell creato per il tracciamento degli incontri e utilizzato per la predisposizione della reportistica annuale.

2. SPECIFICHE

Processo

Commissione Farmaceutica Interaziendale (CFI)

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Descrizione del Processo

Le farmacie aperte al pubblico erogano medicinali in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale rapporto convenzionale è regolato dall'Accordo Collettivo Nazionale, reso esecutivo dal DPR 371/1998, che, oltre ad individuare le regole da seguire, prevede un sistema univoco di controlli e di valutazione in caso di controversie. L'art. 10 del DPR 371/1998 indica l'obbligo di istituire, presso ogni Azienda USL, una Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA) competente a valutare ogni inosservanza all'Accordo. Lo stesso DPR definisce la composizione della CFA, i suoi compiti, le modalità e le tempistiche dei controlli.

input

D.P.R. 371/1998
D.G.R. 2106/2010 (Linee Guida Regionali relative all'attività delle Commissioni Farmaceutiche Aziendali).
D.G.R. 327/2017 (Regolamento attuativo DPC)

output

Provvedimento CFA
Provvedimento CFR

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Individuazione ricette non conformi

Il controllo iniziale è effettuato dall'azienda software house preposta ai controlli, individuata a livello regionale, che estrapola e restituisce alla UOC della AUSL di pertinenza le ricette non conformi.

2. Individuazione ricette non conformi da annullare o regolarizzare direttamente

Le ricette contenenti le specifiche irregolarità tecniche, previste da DPR 371/98 e declinate nelle Linee Guida regionali DGR 2106/10 (Allegato 1 - criteri decisionali) e s.m.i., vengono direttamente annullate e addebitate ovvero regolarizzate e liquidate dalla scrivente UOC.

3. Deferimento ricette alla CFA

Le ricette contenenti le specifiche irregolarità tecniche, previste da DPR 371/98 e declinate nelle Linee Guida regionali DGR 2106/10 (Allegato 1 - criteri decisionali) e s.m.i., vengono deferite dalla UOC e valutate in seduta dalla CFA, che può convalidare o annullare la prescrizione tramite apposito verbale deliberato. Tutte le ricette annullate vengono notificate alle relative farmacie ai fini di addebito.

4. Presentazione ricorso alla CFR

La farmacia interessata può presentare ricorso alla Commissione Farmaceutica Regionale (CFR), organo istituito con il compito di confermare, riformare, annullare i provvedimenti adottati dalle singole Commissioni Aziendali.

5. Giudizio definitivo della CFR

La CFR, in capo all'Assessorato Regionale della Sanità, acquisisce tutta la documentazione probatoria dalla CFA e dalla farmacia ricorrente, infine emette giudizio definitivo e notifica ai soggetti interessati per i seguiti di competenza.

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Erogazione indennità di residenza alle Farmacie Rurali

Descrizione del Processo

I Titolari / Direttori di farmacie rurali hanno diritto ad ottenere un'indennità di residenza biennale.

L'indennità di residenza è un contributo nazionale, introdotto ai sensi della L. 221/1968 a favore dei Titolari/Direttori di farmacie rurali con lo scopo di prevenire la concentrazione di farmacie nei centri urbani a scapito dell'istituzione di farmacie in zone rurali/disagiate.

Gli interessati devono presentare la richiesta di indennità alla scrivente UOC entro non oltre il termine del 31 marzo di ogni anno pari.

I criteri per l'ottenimento della stessa sono:

- titolarità / direzione di una farmacia rurale;
- n° popolazione della località, ove ubicata la farmacia rurale, < 3.000 abitanti.

Alle/Ai titolari, alle direttrici o ai direttori di una farmacia rurale è liquidata l'indennità di residenza entri il 31 ottobre dell'anno in corso e dell'anno successivo (biennio); la stessa è fissata in relazione alla popolazione nella misura che segue:

- Euro 438,99 annue per popolazione fino a 1.000 abitanti
- Euro 335,70 annue per popolazione da 1.001 a 2.000 abitanti
- Euro 258,23 annue per popolazione da 2.001 a 3.000 abitanti

input

L. 221/1968
LR. 2/2016

output

Determina biennale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione domande

Il Titolare/Direttore della Farmacia (avente i requisiti richiesti dalla Legge) entro il 31 marzo del primo anno pari, presenta alla UOC apposita domanda in Bollo per richiedere l'indennità di residenza, secondo le indicazioni della normativa di riferimento.

2. Istruttoria

L'ufficio amm.vo provvede al riscontro dei requisiti necessari alla erogazione della indennità inviando tramite PEC agli uffici preposti dei Comuni di riferimento la richiesta di verifica dei requisiti (da cui risulti che la Farmacia è aperta al pubblico e il dato ufficiale ISTAT della popolazione residente nella località dove è aperta la farmacia). Ricevuti i dati dai Comuni, l'ufficio amministrativo UOC attribuisce la relativa quota della indennità (indicate nella normativa in base alla popolazione).

3. Determina

L'ufficio amministrativo predispone la Determina biennale, su parere del Direttore UOC assistenza farmaceutica e a firma del direttore DFI. La determina è inviata ai Comuni interessati per comunicare l'importo della quota a loro carico, da erogare alle farmacie entro il 31 ottobre di ogni anno.

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Istruttoria per conto dei Sindaci dei Comuni in tema di farmacie e distribuzione all'ingrosso

Descrizione del Processo

Il Titolare/Direttore della Farmacia o Distributore all'ingrosso presenta domanda al Comune interessato per ottenere la specifica autorizzazione (es: nuova apertura, trasferimento di locali). L'UOC, su incarico del Comune, valuta la domanda e la relativa documentazione allegata e qualora incompleta procede alla richiesta di integrazione. L'UOC trasmette la stessa al Servizio Affari Generali e Legali per la pubblicazione per 15 gg consecutivi all'Albo della AUSL e contestualmente all'Albo del Comune. Trascorso il termine senza reclami e opposizioni, la Commissione di Vigilanza sulle farmacie provvede alla ispezione preventiva in sede e se favorevole, l'UOC rilascia parere favorevole al Comune per il rilascio dell'atto autorizzativo al soggetto richiedente. A seguito di adozione dell'atto da parte del Comune, l'UOC provvede al suo inoltro agli organi interessati.

input

R.D. 1265/1934
L. 475/1968
L. 221/1968
L. 362/1991
L. 248/2006

output

Atto autorizzativo del Comune

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta dal Comune

Il Comune interessato trasmette su pec alla UOC la domanda presentata dal soggetto richiedente (Farmacia o Distributore all'ingrosso).

2. Istruttoria

La UOC avvia l'attività di istruttoria relativa alla tipologia di domanda presentata, le verifiche riguardano il possesso dei requisiti di legge da parte del richiedente e l'idoneità dei locali di attività, nonché eventuali incompatibilità di natura professionale o personale giuridico.

3. Rilascio di parere

La UOC, se nulla osta per gli ambiti istruttori di competenza, trasmette proprio parere favorevole al Comune entro i termini di 60 giorni.

4. Ricezione e trasmissione atto autorizzativo

Il Comune rilascia atto autorizzativo e ne invia copia alla UOC, che ha cura di trasmettere l'atto a tutti i soggetti previsti (Ministero della Salute, Agenzia delle Entrate, Regione, Ordine Provinciale dei Farmacisti).

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Liquidazione competenze farmacie convenzionate per Farmaceutica e Assistenza protesica e Integrativa.

Descrizione del Processo

Erogazione competenze mensili spettanti alle farmacie da Distinta Contabile Riepilogativa per assistenza integrativa e protesica e farmaceutica convenzionata.

input

DPR 371/98
L. 405/2001
L.R. 2/2016

output

Liquidazione delle competenze

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione della Documentazione cartacea mensile da parte delle farmacie

I titolari/direttori delle farmacie, o loro delegati, presentano previo appuntamento entro il 10 di ogni mese, o il primo giorno utile successivo se il 10 è sabato o festivo, all'ufficio amm.vo del DFI, la documentazione sanitaria (Ricette DPC, Ricette Rosse, Fogli registro, PT, Notifiche mancanti, scontrini, buoni per integrativa e ausili) e la relativa distinta contabile riepilogativa (DCR) per la liquidazione della assistenza farmaceutica e la DCR per l'assistenza protesica e integrativa.

2. Verifiche distinte

L'ufficio Amministrativo del DFI effettua la verifica formale delle DCR inserendo i dati in apposito programma informatico, restituendo alla farmacia, o delegati, copia della dcr timbrata per ricevuta. In caso di discrepanze l'ufficio amministrativo effettua i controlli del caso, chiedendo alla farmacia interessata la correzione della DCR.

3. Verifiche reportistica e Flussi contabili

L'ufficio amministrativo predispone in busta e in scatole la documentazione da consegnare a Lepida, nonché documento di trasporto. Previo appuntamento LEPIDA ritira tramite corriere la documentazione. Successivamente LEPIDA invia tramite email a ufficio amministrativo i report di verifica per i riscontri. A riscontro positivo LEPIDA produce flusso per pagamento che invia al SUMCF. Il SUMCF carica il flusso sul Sistema contabile GAAC.

4. Liquidazione su piattaforma GAAC

Il SUMCF invia tramite mail a Direttore UOC e Resp. Amministrativo la conferma e output in excel per verifica e autorizzazione al pagamento. Il resp. Amministrativo verificati i dati in GAAC produce il Ciclo di Liquidazione che firma mensilmente, su specifica indicazione del direttore UOC, comunicando a SUMCF il n°del ciclo di liquidazione.

2. SPECIFICHE

Processo

Liquidazione competenze mensili farmacie per i servizi e punti vendita alimenti celiachia.

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Descrizione del Processo

Liquidazione fatture relative a rimborso dei servizi: DPC, tamponi anti covid da farmacie convenzionate, prodotti senza glutine erogati agli assistiti residenti in Regione Emilia Romagna da parte dei Punti vendita convenzionati.

input

DGR 1270/2020
DGR 184/2020
Protocollo di Intesa nazionale farmacie del 05/08/2021; DM 7/12/2018; RER nota prot. 25/06/2021 061751211

output

Liquidazione delle competenze

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Emissione ordini NSO

Tramite piattaforma contabile GAAC, l'ufficio amministrativo emette gli ordini elettronici NSO per i servizi indicati. La tipologia dell'ordine (a budget o a conferma acquisto) è attivata sulla base delle specifiche Linee Guida nazionali del MEF e Regionali in materia (NSO). Gli ordini sono inviati in formato elettronico tramite GAAC (sezione PURCHASE).

2. Verifiche fatture

L'ufficio amministrativo acquisisce sulla piattaforma GAAC, caricate da SUMCF, le fatture elettroniche ed effettua i controlli in base alle indicazioni specifiche normative in materia. I dati di verifica mensili per ciascuna farmacia sono trasmessi dalla RER alla UOC per quanto riguarda i tamponi effettuati. Sono disponibili in DCR/webdpc per quanto riguarda la DPC. Relativamente alle fatture dei Punti vendita, l'ufficio amministrativo effettua il controllo sulla base dei dati di erogazione inviati dai punti vendita sull'Archivio Regionale Gestione Buoni (ARGeB) come previsto dallo specifico accordo RER.

3. Liquidazione fatture

In caso di discrepanze con i dati di cui al punto 2, l'ufficio amministrativo invia PEC di contestazione al fine della regolarizzazione. Ricevuto il riscontro positivo, le fatture sono liquidate secondo le procedure contabili. Viene prodotto ciclo di Liquidazione su GAAC e firmato da resp. amministrativo DFI su indicazione del Direttore UOC assistenza farmaceutica.

2. SPECIFICHE

Processo

Processo verbale di accertamento di illecito amministrativo

Descrizione del Processo

Qualora in sede di ispezione alla farmacia la Commissione di Vigilanza rilevi violazioni a disposizioni di legge sanzionate in sede amministrativa, procede ad elevare processo verbale di accertamento di illecito amministrativo al Titolare/Direttore della Farmacia, il quale ha facoltà di trasmettere scritti difensivi alla AUSL entro 30 gg dalla notifica del processo verbale, o procedere direttamente al pagamento della sanzione in forma ridotta entro 60 gg dalla notifica del processo verbale. Gli eventuali scritti difensivi vengono valutati dal Dipartimento di Sanità Pubblica (come da norma regolamentare della AUSL di Bologna) che provvede ad archiviare/confermare o ridurre la sanzione emettendo ordinanza di ingiunzione di pagamento (Art. 13, L. 689/81 e s.m.i.).

input

R.D. 1265/1934
R.D. 1706/1938
L. 689/1981
L. 309/1990
D.lgs. 219/2006

output

Convalida/ annullamento/riduzione della sanzione.
Ingiunzione di pagamento (laddove previsto).

responsabile

Responsabile Struttura

Attività

Descrizione dell'attività

1. Accertamento violazione in sede ispettiva

La Commissione Vigilanza rileva in fase di ispezione la presenza di irregolarità di natura amministrativa, tecnico-professionale o igienico sanitaria.

2. Rilascio del verbale di accertamento illecito amministrativo

Il verbale di accertamento è strutturato su format aziendale, riportante le seguenti informazioni riportate in fase di stesura :

- indicazione degli specifici illeciti contestati;
- indicazione delle dichiarazioni ricevute dal funzionario verbalizzante;
- sottoscrizione da parte dei membri della Commissione;
- comunicazione della possibilità di conciliazione amministrativa e relative modalità;
- indicazione dell'Autorità Sanitaria competente, alla quale potrà essere fatta pervenire, da parte dell'interessato, memoria difensiva.

3. Presentazione (eventuale) di scritti difensivi

Il Titolare/Direttore della farmacia ispezionata ha facoltà, entro trenta giorni dalla data dell'avvenuta ispezione, di presentare all'Autorità Sanitaria Locale un documento scritto in cui vengano illustrate le proprie controdeduzioni.

4. Convalida o annullamento della sanzione

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, incaricato da norma regolamentare AUSL Bologna, provvede ad annullare/convalidare o ridurre la sanzione emettendo ordinanza di ingiunzione di pagamento.

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Utilizzo beni in prova a titolo dimostrativo - Gestione campioni gratuiti DM

Descrizione del Processo

La gestione delle richieste di utilizzo di campioni di Dispositivi Medici (DM) da parte delle articolazioni organizzative dell'AUSL di BOLOGNA è normato dalla Procedura P107AUSLBO in ottemperanza a quanto disposto dalla RER (nota Prot. 270869 del 19.11.2012) e dalla Direzione Sanitaria Azienda USL di Bologna nella nota Prot. 4053/10-03 del 11.01.2013.

L'applicazione della suddetta procedura garantisce il controllo dell'utilizzo di DM sia in termini di sicurezza d'uso che di tracciabilità.

La presente procedura definisce le modalità di utilizzo di campioni di Dispositivi Medici (DM) da parte delle articolazioni organizzative, le responsabilità e i compiti assegnati alle figure professionali coinvolte.

Obiettivi della procedura sono di garantire:

- adeguata gestione delle richieste di utilizzo di campioni di DM attraverso un'attenta valutazione della documentazione a corredo (scheda tecnica e certificato di marcatura CE del DM);
- rispondenza della gestione dei campioni dei DM a quanto indicato dalla Regione Emilia Romagna nella nota Prot. 270869 del 19.11.2012 e dalla Direzione Sanitaria Azienda USL di Bologna nella nota Prot. 4053/10-03 del 11.01.2013.

input

Richiesta di utilizzo di dispositivo in prova

output

Certificazione esito della prova (relazione esito)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Richiesta di utilizzo di dispositivo in prova

Il richiedente compila il modulo "Richiesta utilizzo campionatura Dispositivi Medici" corredata di scheda tecnica e certificato di marcatura CE del DM.

2. Valutazione della richiesta

Valutazione classe di rischio dei DM (I-II-III)

3. Classe III autorizzazione/diniego del Direttore Sanitario

Nel caso di DM di classe III, sarà cura del Farmacista predisporre una breve istruttoria da inoltrare al Direttore Sanitario Aziendale contenente le seguenti informazioni aggiuntive che necessariamente dovranno esser acquisite dal richiedente:

- finalità di utilizzo della campionatura;
- DM eventualmente già in uso presso l'Azienda per la stessa indicazione;
- differenze peculiari tra il DM di cui si vuole provare la campionatura e quelli già in uso per la stessa indicazione.

Il richiedente, ricevuta la notifica di presa d'atto/autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale all'utilizzo, deve trasmettere copia della bolla di trasporto del campione ricevuto e la relazione d'esito (Mod. 02P107AUSLBO Allegato 2), entro 10 giorni dal termine della prova campioni. Si rimanda alla P107AUSLBO per opportuni approfondimenti.

4. Classe I-II notifica di presa d'atto NOL (Nucleo operativo locale)

Il farmacista del NOL deve:

1. valutare la documentazione inviata dal richiedente, comprensiva di scheda tecnica e certificato di marcatura CE del DM. In caso di documentazione incompleta o non conforme, interpellare il richiedente e/o il Product Specialist.
2. verificare:
 - l'assenza/presenza del DM in oggetto sull'applicativo web regionale "Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici" tra le "Richieste inserimento nuovi DM";
 - il codice Repertorio e CND (Classificazione Nazionale Dispositivi medici) del DM sul Repertorio Nazionale DM piattaforma NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario);
 - le indicazioni d'uso espresse in scheda tecnica e confrontarle con la motivazione d'uso indicata dal richiedente;
 - la classe di rischio del DM;
 - l'assenza/presenza del DM in oggetto nel repertorio aziendale;

5. Invio relazione di esito

Il richiedente, ricevuta la notifica di presa d'atto/autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale all'utilizzo, deve trasmettere al NOL:

- copia della bolla di trasporto del campione ricevuto;
- la relazione d'esito (Mod. 02P107AUSLBO Allegato 2), entro 10 giorni dal termine della prova campioni.

6. Report annuale di monitoraggio

Annualmente, il NOL trasmette alla Direzione Sanitaria un rapporto di rendicontazione delle richieste di utilizzo campionatura Dispositivi Medici pervenute.

2. SPECIFICHE

Processo

Vigilanza farmacie convenzionate

Descrizione del Processo

La vigilanza sulle farmacie pubbliche e private, afferenti al territorio Azienda USL Bologna, si realizza sia in fase di autorizzazione preventiva all'apertura sia durante l'esercizio dell'attività. Modalità e tempistiche ispettive sono disciplinate dagli artt. 111 e 127 del R.D. 1265/1934 - TULS.

La vigilanza è affidata a Commissione ispettiva nominata, istituita ai sensi di art.16 della L.R. 2/2016, e rivolta alla verifica di regolarità della conduzione tecnico-professionale della farmacia, a garanzia di qualità, omogeneità e continuità dell'assistenza farmaceutica sul territorio.

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

input

R.D. 1265/1934
L.R. 2/2016

output

Verbale di accertamento ispettivo

responsabile

Responsabile Struttura

Attività

Descrizione dell'attività

1. Nomina componenti Commissione ispettiva

La Commissione si compone di farmacisti, medici ingegneristi, amministrativi, dipendenti dell'Azienda USL Bologna. Ad ogni visita è prevista la presenza di un componente per ciascuna figura. La nomina dei componenti avviene tramite determina del Direttore Dipartimento Farmaceutico.

2. Programmazione calendario ispettivo

Con cadenza trimestrale, la UOC invia a tutti i componenti il calendario ispettivo tramite nota protocollata, prevedendo una rotazione nella combinazione dei professionisti preposti alle singole ispezioni. Il calendario non riporta la sede ispettiva, in quanto comunicata dal farmacista agli altri due componenti solo a ridosso della visita, in funzione delle combinate esigenze di ispezionare tutte le farmacie entro il biennio e di intervenire tempestivamente in caso di eventuali sopraggiunte contingenze.

3. Ispezione

Viene condotta in presenza ed in contraddittorio del Titolare/Direttore della farmacia, l'iter ispettivo è sistematizzato dal format verbale ispettivo. Ciascun componente verifica la regolarità degli aspetti di propria pertinenza, al termine della visita la Commissione esprime un giudizio finale, con possibilità di dichiarazione a verbale del Titolare/Direttore.

4. Rilascio verbale di accertamento

Il verbale viene firmato dai quattro soggetti coinvolti di cui al punto 3), copia del verbale viene rilasciata al Titolare/Direttore. Copia del verbale viene trasmesso dalla UOC al Comune di pertinenza per opportuna conoscenza.

DRO

2. SPECIFICHE

Processo

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

2.3 FARMACEUT, DISPOSITIVI, SPERIMENT, SPONSORIZZ

Descrizione del Processo

L'accesso degli informatori è regolamentato dalle linee guida aziendali adottate con la delibera 222 del 29/6/2017 redatte sulla base della DGR 2309/2016 e successivi aggiornamenti.

Gli incontri si svolgono periodicamente e sono prevalentemente collegiali sia in presenza che con modalità da remoto. Qualora la richiesta dell'informatore sia rivolta ad uno specifico professionista, l'incontro si svolge sempre alla presenza di un secondo professionista.

Viene tenuta traccia di tutte le richieste cartacee e degli incontri effettuati. Come disposto dalla Direzione aziendale, in tutti i locali di cui alle attività proprie di tutte le macro articolazioni aziendali, sono stati predisposti cartelli informativi relativi alle modalità di accesso adottate.

input

Richiesta appuntamento

output

Registrazione dell'appuntamento avvenuto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio

L'informatore richiede un colloquio con i professionisti compilando apposita modulistica tramite form online o tramite mail/telefonata. I colloqui vengono successivamente confermati e predisposti con medesimi strumenti. Il giorno dei colloqui vengono registrati sul Form Informatizzato o registrati nell'apposito registro cartaceo.

2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report

La registrazione dei partecipanti ai colloqui avviene a cura del professionista che provvede alla compilazione del registro cartaceo o del Form Informatizzato.

2. SPECIFICHE

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

Processo

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

Descrizione del Processo

Tutela del diritto di libera scelta del cittadino del fornitore di prestazioni e servizi non a carico del Servizio Sanitario Nazionale

input

decesso di paziente

output

esequie

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione degli accessi in Camera Mortuaria

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

2. Esibizione mandato a IF prescelta dal familiare

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

3. Gestione degli spazi di Camera Mortuaria

L'attività comporta la relazione tra gli operatori sanitari e le Imprese Funebri, pertanto è regolamentata al fine di minimizzare gli accessi non autorizzati e il rischio di accaparramento clientelare, e per tutelare il diritto di libera scelta.

2. SPECIFICHE

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

Processo

Gestione delle liste di attesa: ricoveri ospedalieri programmati

Descrizione del Processo

input

prescrizione medica con diagnosi

output

certificato di ricovero

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

1. inserimento in lista di attesa per ricovero ospedaliero programmato

"Il medico durante la visita ambulatoriale (SSN o LP) qualora proponga un trattamento chirurgico ordinario prospetta al paziente ed inserisce sul registro informatizzato direttamente in lista di attesa, a seconda della fase di studio del caso. Se in prelista prescrive eventuali esami per valutazione idoneità paziente all'intervento. In ogni caso assolve all'obbligo informativo su TDA e parte clinica. 1) Prescrizione al paziente di indagini necessarie per il percorso di stadiazione e inserimento eventuale in pre-lista 2) Inserimento diretto in lista di attesa chirurgica, indicazione grading chirurgico ed eventuale stima della complessità anestesiológica. 3) Informare il paziente della classe di priorità di inserimento e dei tempi di attesa medi per l'intervento. 4) proporre i diversi percorsi chirurgici attivi: presidio di inserimento, presidio distrettuale, committenza privato accreditato."

2. Attribuzione della priorità

L'attribuzione della priorità avviene secondo la DGR 272/2016. (Per l'area di Bologna, secondo la delibera del 9/7/19 che recepisce il "Programma attuativo per il governo delle liste di attesa della città metropolitana di Bologna")

3. Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati

Previsto da sistema regionale.
In lista possono essere inseriti anche gli interventi chirurgici conseguenti a visite in Libera Professione, rispettando le regole del Programma attuativo.

4. Manutenzione della lista d'attesa

- 1) Chiamata del paziente per effettuare la manutenzione/pulizia liste
- 2) Aggiornamento delle note e dello stato di lista nella scheda informatica di prenotazione del paziente
- 3) In caso di sospensione si gestiscono i periodi di indisponibilità in base alla classe di priorità
- 4) Verifica criticità o pazienti segnalati
- 5) Eventuale visita di rivalutazione (se ritenuta necessaria da parte del clinico)

NB: Il paziente può richiedere cancellazione o può essere sospeso solo in coerenza con le condizioni esplicitate dalla DGR 272/2016 Richiesta di sospensione dalla lista

5. Chiamata Pre-ricovero (operatoria)

- 1) Chiamata del paziente per raccogliere la sua disponibilità all'intervento; la chiamata avviene in ordine di SCORE, cioè un punteggio che considera il tempo di inserimento in lista e la classe di priorità assegnata.
- 2) In caso di 2 rinunce consecutive alla proposta di ricovero (o di irreperibilità), si effettua la cancellazione della posizione di lista e si aggiornano delle note.
- 3) In caso di sospensione si gestiscono i periodi di indisponibilità in base alla classe di priorità e in coerenza con la DGR 272/2016
- 4) Comunicazione al paziente degli appuntamenti per visite preoperatorie e apertura scheda di prericovero.
- 5) Somministrazione questionario anamnestico e valutazione sociale.

6. Ingresso al servizio preoperatorio/prericovero e preparazione del

- 1) Esecuzione esami preoperatori all'intervento.
- 2) raccolta/verifica consenso chirurgico e consenso anestesiológico.
- 3) Consegna materiale informativo (brochure) per preparazione intervento (esempio: protocollo ERAS).

7. Programmazione committenza e accordi per invio di casistica alla rete del privato

- 1) Definizione del fabbisogno critico da parte del RUA aziendale.
- 2) Definizione della casistica inviabile con chirurghi di riferimento in base ai criteri stabiliti attraverso specifici accordi con il privato accreditato.
- 3) Valutazione assieme ad OPA delle possibilità, negoziazione delle condizioni e avvio degli accordi.
- 4) Chiamata al paziente e proposta di intervento su privato accreditato.
- 5) In caso di accettazione, il paziente viene trasferito sulla lista del privato accreditato.
- 6) In caso di rinuncia, viene tracciato il rifiuto e aggiornato lo stato di lista.
- 7) Per i singoli casi che non possono essere gestiti dalla rete del privato accreditato per complessità cliniche che non si evincono dalla posizione di lista, il paziente viene ripreso in lista a seguito di opportune verifiche.
- 8) Monitoraggio periodico dei pazienti inviati ed operati.

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

3.2 extra LEA

Processo

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitrici di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

Descrizione del Processo

Tutela del diritto di libera scelta del cittadino del fornitore di prestazioni e servizi non a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

input

Richiesta di suggerimento di Enti/Imprese/associazioni private per Servizio extra Lea

output

Elenchi sul sito aziendale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. prescrizione/richiesta servizio/presidio non a carico del SSN

Prescrizione o richiesta servizio o presidio non a carico del SSN

2. accesso in struttura aziendale da parte di fornitore esterno per uno specifico paziente

Verificare gli accessi in reparto

DSM

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Erogazione contributi economici ad Associazioni di familiari per progetti partecipati di sussidiarietà

Descrizione del Processo

Le Associazioni di volontariato destinatarie del contributo sono quelle che aderiscono al Comitato Utenti Familiari ed Operatori (CUFO), organismo formalmente attivato con Determina aziendale. Ogni Associazione è rappresentata da un utente in carico al Servizio o da un familiare (vedi Regolamento CUFO pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'AUSL di Bologna). Il contributo riguarda specifici progetti delle Associazioni che rientrano in apposite aree di intervento individuate dal DSM DP e che riguardano attività complementari a quelle di istituto, tese al benessere della persona. I soggetti coinvolti sono utenti minori e adulti in carico ai centri di salute Mentale o ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

input

Presentazione progetto

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione proposta progetto da parte di una Associazione

Presentazione di una lettera di intenti alla Direzione DSM DP ed al Presidente del CUFO, da parte dell'Associazione che propone il progetto (che diviene Associazione capofila del progetto stesso). La proposta progettuale può essere promossa anche da professionisti del DSM DP alle Associazioni, nell'ambito del CUFO.

2. Condivisione del progetto

La condivisione del contenuto del progetto viene definita nel corso degli incontri mensili del CUFO, dei quali viene redatto apposito verbale. I progetti devono essere co-progettati tra Associazioni e DSM DP. La gestione dei progetti è delle Associazioni con il supporto dei professionisti del DSM DP per la realizzazione di azioni specifiche.

3. Approvazione del progetto

Il progetto definito deve essere indirizzato formalmente per la protocollazione al Direttore del DSM DP ed al Presidente del CUFO. Il Direttore del DSM DP, sentito il Presidente del CUFO, comunica l'elenco dei progetti approvati comprensivo di quelli ammessi al finanziamento PRISMA (Promuovere e Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente), e quelli da proporre in co-finanziamento ad altre agenzie. Viene adottata una Determina per i progetti approvati, che viene anche pubblicata sul sito aziendale Trasparenza. Le Associazioni stesse provvedono ad inviare al Servizio Amministrativo la richiesta di erogazione secondo la modulistica prevista dal Regolamento.

4. Liquidazione contributo

Il contributo concerne il rimborso delle spese sostenute dall'Associazione in relazione alle azioni ed agli obiettivi del progetto. L'erogazione del contributo economico all'Associazione avviene in tre tranches, sulla base delle spese sostenute, supportate da documentazione amministrativa (attestazione esatto adempimento) e documentazione contabile (produzione di documentazione fiscale)

5. Verifica dei risultati

Il contributo concerne il rimborso delle spese sostenute dall'Associazione in relazione alle azioni ed agli obiettivi del progetto. L'erogazione del contributo economico all'Associazione avviene in tre tranches, sulla base delle spese sostenute, supportate da documentazione amministrativa (attestazione esatto adempimento) e documentazione contabile (produzione di documentazione fiscale)

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Centro Salute Mentale

Descrizione del Processo

L'erogazione di contributi economici è finalizzata al supporto dell'attività di cura e riabilitazione in favore di utenti in carico e residenti nel territorio di competenza dell'AUSL di Bologna ,con età compresa tra i 18 e i 65 anni. I contributi vengono erogati in coerenza con il progetto terapeutico individuale ,tenuto conto del budget annuale e di quanto disposto dal Regolamento Dipartimentale

input

Presentazione progetto

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Rilevazione bisogno

Nel corso delle visite e dei colloqui con l'utente avviene la rilevazione di un bisogno economico da parte degli operatori di riferimento (medico e infermiere,eventualmente educatore professionale).

2. Valutazione dell'Assistente Sociale

L'Assistente Sociale raccoglie informazioni,analizza e valuta i bisogni dell'utente sulla base di quanto le è stato riferito dagli operatori di riferimento.

3. Condivisione in équipe

Riunione dell'équipe multiprofessionale (medico,infermiere,assistente sociale,eventuale educatore professionale,eventuale coinvolgimento di operatori del Servizio Sociale del Comune e/o del DASS), condivisione delle necessità rilevate,decisione circa l'importo e la durata del contributo-sulla base del Regolamento Dipartimentale vigente - ,autorizzazione all'erogazione.

4. Richieste liquidazione

Si invia modulistica in vigore per la richiesta della liquidazione del contributo economico all'UO Processi Amministrativi Socio Sanitari

5. Erogazione contributo

L'erogazione del contributo economico viene effettuata direttamente all'utente

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Servizio Dipendenze Patologiche

Descrizione del Processo

In presenza di apposita delega da parte dell'Ente Locale, è possibile nei SerDP l'erogazione di contributi economici di natura socio-assistenziale, così come indicato dall'art.3 comma 3 del D.lgs.502/92 e s.m.i. che prevede la possibilità, per le Aziende USL, di assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli EE.LL. e con oneri a totale carico degli stessi. L'erogazione di contributi economici è finalizzata al supporto dell'attività di cura e riabilitazione in favore di utenti in carico e residenti nel territorio di competenza dell'AUSL di Bologna, con età compresa tra i 18 e i 65 anni. I contributi vengono erogati in coerenza con il progetto terapeutico individuale, tenuto conto del budget annuale e di quanto disposto dal Regolamento Dipartimentale.

input

Presentazione progetto

output

Liquidazione contributo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Rilevazione bisogno

Nel corso delle visite e dei colloqui con l'utente avviene la rilevazione di un bisogno economico da parte degli operatori di riferimento (medico e infermiere, eventualmente educatore professionale).

2. Valutazione dell'Assistente Sociale

L'Assistente Sociale raccoglie informazioni, analizza e valuta i bisogni dell'utente sulla base di quanto le è stato riferito dagli operatori di riferimento.

3. Condivisione in équipe

Riunione dell'équipe multiprofessionale (medico, infermiere, assistente sociale, eventuale educatore professionale, eventuale coinvolgimento di operatori del Servizio Sociale del Comune e/o del DASS), condivisione delle necessità rilevate, decisione circa l'importo e la durata del contributo sulla base del Regolamento Dipartimentale vigente - , autorizzazione all'erogazione.

4. Richieste liquidazione

Si invia modulistica in vigore per la richiesta della liquidazione del contributo economico all'UO Processi Amministrativi Socio Sanitari

5. Erogazione contributo

L'erogazione del contributo economico viene effettuata direttamente all'utente.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area CSM

Descrizione del Processo

Nell'ambito degli interventi di competenza del Dipartimento di Salute Mentale rientra l'inserimento di utenti, in carico ai Servizi e residenti nel territorio dell'Ausl Di Bologna, in strutture residenziali o semiresidenziali pubbliche e private per l'attuazione di progetti terapeutici personalizzati.

input

Rilevazione bisogno di programma residenziale o semiresidenziale dell'utente

output

Avvio del programma residenziale o semiresidenziale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Rilevazione bisogno e condivisione in équipe

Sulla base delle condizioni cliniche, sociali e di contesto, l'équipe di riferimento di un utente (medico, infermiere, assistente sociale ed eventuale educatore professionale) rileva l'opportunità di avviare un programma residenziale o semiresidenziale.

2. Invio relazione di richiesta al Team Residenzialità e Abitare

Un operatore di riferimento (medico o assistente sociale) invia al Team Residenzialità e Abitare la relazione di richiesta di inserimento secondo la modulistica concordata.

3. Individuazione e condivisione della struttura idonea

Team e CSM individuano la struttura più idonea ove effettuare il programma (tra le strutture aggiudicatrici del bando "Accordo Quadro" attualmente in vigore), sulla base delle caratteristiche dell'utente, della struttura e dei tempi di attesa per l'accoglienza. Come sopra indicato, di norma, si tratta di struttura accreditata o individuata attraverso appalto o evidenza pubblica, con possibile eccezione riguardo agli utenti in carico a più servizi (es. utenti seguiti da CSM e SerDP per comorbidità) e riguardo ad utenti in Misura Alternativa alla Detenzione (MAD).

4. Incontri tra operatori CSM, utente e gestori della struttura

Individuata la struttura cui rivolgersi, si organizzano incontri tra gli operatori della struttura e l'utente al fine di concordare il programma da avviare.

5. Richiesta dell'avvio dell'inserimento in struttura

Per l'attivazione degli inserimenti, come da Regolamento e Istruzione Operativa 05 DSM DP del 15/07/2021, si invia alla UO Processi Amministrativi Socio Sanitari la modulistica prevista firmata dal medico di riferimento, dal Direttore UOC e dal Direttore del DSM DP.

6. Avvio inserimento e liquidazione retta mensile

Avvio inserimento e liquidazione retta mensile alla struttura

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area NPJA

Descrizione del Processo

Nell'ambito degli interventi di competenza del Dipartimento di Salute Mentale rientra l'inserimento di utenti, in carico ai Servizi e residenti nel territorio dell'Ausl Di Bologna, in strutture residenziali o semiresidenziali pubbliche e private per l'attuazione di progetti terapeutici personalizzati.

input

Rilevazione bisogno di programma residenziale o semiresidenziale dell'utente

output

Avvio del programma residenziale o semiresidenziale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Rilevazione bisogno

Sulla base delle condizioni cliniche, sociali e di contesto, l'équipe di riferimento di un utente (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale ed eventuale educatore professionale) rileva l'opportunità di avviare un programma residenziale o semiresidenziale.

2. Condivisione con la famiglia

Vengono effettuati incontri con i familiari dell'utente per illustrare il programma ritenuto più opportuno e ricevere il loro consenso.

3. Individuazione struttura

Gli operatori individuano la struttura più idonea ove effettuare il programma; di norma si tratta di struttura accreditata o individuata attraverso appalto o evidenza pubblica. Relativamente ai casi complessi (DGR 1102/2014) la discussione del caso è in ETI, l'approvazione del progetto è in UVM e la definizione della tipologia della struttura e ricerca della Comunità sono in capo al Servizio Sociale.

4. Richiesta dell'avvio dell'inserimento

Come da Regolamento per l'attivazione degli inserimenti, si invia alla UO Processi Amministrativi Socio Sanitari la modulistica prevista firmata dal medico di riferimento, dal Direttore UOC e dal Direttore del DSM DP

5. Avvio inserimento e liquidazione retta

Avvio inserimento e liquidazione retta mensile alla struttura.

1. GENERALI

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area SERT

Descrizione del Processo

Nell'ambito degli interventi di competenza del Dipartimento di Salute Mentale rientra l'inserimento di utenti, in carico ai Servizi e residenti nel territorio dell'Ausl Di Bologna, in strutture residenziali o semiresidenziali ,Comunità Terapeutiche pubbliche e private per l'attuazione di progetti terapeutici personalizzati.

input

Rilevazione bisogno di programma residenziale o semiresidenziale dell'utente

output

Avvio del programma residenziale o semiresidenziale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Rilevazione bisogno

Sulla base delle condizioni cliniche, sociali e di contesto, l'équipe di riferimento di un utente (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale ed eventualmente educatore professionale) rileva l'opportunità di avviare un programma residenziale o semiresidenziale.

2. Individuazione struttura

Gli operatori individuano la struttura più idonea ove effettuare il programma; di norma si tratta di struttura accreditata o individuata attraverso appalto o evidenza pubblica.

3. Richiesta dell'avvio dell'inserimento

Come da Regolamento per l'attivazione degli inserimenti, si invia alla UO Processi Amministrativi Socio Sanitari la modulistica prevista firmata dal medico di riferimento, dal Direttore UOC e dal Direttore del DSM DP

4. Avvio inserimento e liquidazione retta

Avvio inserimento e liquidazione retta mensile alla struttura

DSP

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali

Descrizione del Processo

Rilascio del parere di compatibilità allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale soggetto al Regolamento Aziendale Delibera 148 del 16/05/2012

input

Modulo di richiesta incarico presentato dall'operatore corredato di documentazione allegata nel rispetto del regolamento aziendale

output

Trasmissione alla UO Libera Professione - Ufficio Incarichi extraistituzionali - del modulo ricevuto dall'operatore con visto e firma compatibilità del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento richiesta svolgimento incarico

La UO Amministrativa DSP riceve il modulo di richiesta autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali compilato e firmato dall'operatore del DSP e vistato dal proprio Direttore di UO / Responsabile UO Sanità Pubblica del DATeR

2. Verifica della completezza del modulo e della eventuale documentazione allegata

La UO Amministrativa DSP verifica della completezza del modulo e della eventuale documentazione a supporto e consegna al Direttore DSP/ Direzione DATeR. In caso di carenza documentale viene richiesta integrazione

3. Valutazione compatibilità allo svolgimento incarico

Valutazione della richiesta di incarico e della compatibilità rispetto al regolamento aziendale e visto di competenza. Il diniego deve essere motivato. Consegna del modulo alla UO Amministrativa

4. Trasmissione del modulo

Trasmissione del modulo completo di firme alla UO Libera Professione per il personale dirigente. Per il personale del comparto la trasmissione è a cura della Direzione DATeR.

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: attività ispettiva

Descrizione del Processo

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

input

Pianificazione annuale

output

Verbale di ispezione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta o segnalazione

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore

Predisposizione della programmazione annuale di attività, pianificazione dell'attività, assegnazione dell'attività attività agli operatori

3. Valutazione della richiesta/segnalazione

Valuta la richiesta in base alle competenze incarico alla UOC IAN, analisi del rischio e credibilità del segnalante, e alla fattibilità in termini di competenze e risorse

4. sopralluogo con stesura verbale di ispezione

Implementazione della metodologica per il CU della RER e dei documenti aziendali (procedure, istruzioni operative, protocolli)

5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività

Provvedimenti di chiusura, provvedimenti di sospensione,

6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite

Implementazione della metodologica per il CU della RER e dei documenti aziendali (procedure, istruzioni operative, protocolli)

1. GENERALI

Processo

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio autorizzazioni

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezza locali di lavoro, uso di internati e seminterrati); altre autorizzazioni

input

Ricezione d'istanza

output

Rilascio certificazioni

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento dell'istanza

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezza locali di lavoro, uso di internati e seminterrati); altre autorizzazioni

2. Valutazione documentale

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezza locali di lavoro, uso di internati e seminterrati); altre autorizzazioni

3. Sopralluogo con stesura di verbale di ispezione

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezza locali di lavoro, uso di internati e seminterrati); altre autorizzazioni

4. Espressione del giudizio

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezza locali di lavoro, uso di internati e seminterrati); altre autorizzazioni

1. GENERALI

Processo

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio certificazioni

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Attestazione di atti, fatti e qualità direttamente percepiti o compiuti da chi direttamente lo rilascia o risultanti da registri, documenti di cui l'ordinamento giuridico attribuisce efficacia probatoria

input

Ricezione d'istanza

output

Rilascio certificazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento dell'istanza

Attestazione di atti, fatti e qualità direttamente percepiti o compiuti da chi direttamente lo rilascia o risultanti da registri, documenti di cui l'ordinamento giuridico attribuisce efficacia probatoria.

2. Istruttoria

Verifica pratica OSA, pianificazione, implementazione CU, e redazione certificato

3. Rilascio della certificazione

Redazione certificazione

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**IGIENE DEGLI ALIMENTI E
NUTRIZIONE: rilascio pareri
tecnici**

Descrizione del Processo

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

input

Ricezione d'istanza

output

Rilascio parere

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente e presa in carico

2. Istruttoria documentale**3. Rilascio del parere**

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**IGIENE E SANITA' PUBBLICA:
attività ispettiva**

Descrizione del Processo

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

input

Piano di lavoro o segnalazione

output

Nota con esito di verifica

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta o segnalazione

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

3. Valutazione della richiesta/segnalazione

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

4. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite

Qualsiasi forma di verifica eseguita in base a norme legislative/linee guida tecniche (obbligatorio)

1. GENERALI

Processo

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: rilascio certificazioni vaccinali

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Organizzazione e realizzazione di ambulatori vaccinali in HUB vaccinali o Ambulatori territoriali, sulla base dei Piani di Prevenzione vaccinale nazionale e regionale.

input

Campagne di vaccinazione di massa o per fasce di popolazione, promosse dal Ministero e dalla Regione.
Richieste di vaccinazioni individuali da parte di singoli cittadini

output

Somministrazione del/i vaccino/i. Registrazione delle vaccinazioni. Stampa del Certificato vaccinale e consegna al vaccinato

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Predisposizione di un piano di attività ambulatoriale, sulla base delle Campagne vaccinali da realizzare o richieste dell'utenza.
Comunicazione al CUP per l'apertura di sedute vaccinali in HUB vaccinali o Ambulatori territoriali.

2. Realizzazione di seduta vaccinale

Predisposizione ed apertura di una seduta vaccinale giornaliera, accoglienza degli utenti prenotati da lista CUP.

3. Esecuzione della/e vaccinazione/i

Accoglienza del vaccinando in ambulatorio. Valutazione della congruità della richiesta vaccinale dell'utente, rispetto alla sue caratteristiche (età, condizioni e patologie) ed ai precedenti vaccinali. Raccolta dell'anamnesi e consenso informato. Se favorevoli, esecuzione della vaccinazione

4. Rilascio della certificazione

Registrazione cartacea delle vaccinazioni eseguite sull'anamnesi e registrazione informatizzata sull'applicativo aziendale. Stampa del Certificato vaccinale e consegna all'utente vaccinato. Archiviazione agli atti dei documenti cartacei.

1. GENERALI

Processo

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: rilascio pareri tecnici

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

input

Richiesta

output

Rilascio parere

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

2. Assegnazione

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

3. Istruttoria

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

4. Rilascio pareri

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Descrizione del Processo

**IMPIANTISTICA
ANTINFORTUNISTICA: attività
ispettiva**

Vigilanza nei luoghi di lavoro programmata o su richiesta/segnalazione per accertamento adempimenti normativi, controlli e verifiche degli impianti

input

Pianificazione/programmazione annuale delle attività segnalazione/richiesta protocollata in arrivo

output

emissione provvedimento finale protocollato in uscita

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Assegnazione attività come da pianificazione annuale/ricezione richiesta o

Assegnazione attività pianificata/ricezione segnalazione per irregolarità in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro e di inconvenienti igienici da parte di cittadini, rappresentanze lavoratori e istituzioni; assegnazione agli operatori con criteri di priorità legati alla tipologia ed entità dell'evento e in relazione alla tipologia del richiedente.

2. Sopralluogo con stesura verbale di sopralluogo o di richiesta di documentazione

Qualora venga effettuato il sopralluogo ispettivo, si procede alla verifica situazioni di irregolarità e rilascio del verbale di sopralluogo aziende/cantiere o di richiesta di documentazione o a stesura relazione tecnica da inviare ad altro Ente (Comune) per il seguito di competenza.

3. Rilascio di prescrizioni/disposizioni o redazione di relazione interna

Qualora vengano riscontrate irregolarità, si procede al rilascio di verbale di prescrizione o disposizioni o a stesura relazione tecnica da inviare ad altro Ente (Comune) per il seguito di competenza. In assenza di riscontro di irregolarità, comunicazione all'interessato di chiusura attività di verifica ed archiviazione pratica.

4. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e ammissione al pagamento

In caso di emissione di verbale di prescrizione, effettuazione del sopralluogo di verifica di adempimento delle prescrizioni ed eventuale ammissione al pagamento della sanzione in sede amministrativa.

5. Conclusione esiti processo ispettivo

Trasmissione/Archiviazione atti conclusivi in base all'esito dell'intervento ispettivo.

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**IMPIANTISTICA
ANTINFORTUNISTICA: verifiche
su impianti su richiesta**

Descrizione del Processo

Attività di verifica su impianti a pressione (civili ed industriali), elettrici, di sollevamento, ascensori e termici effettuati su richiesta del committente.

input

Richiesta o la verifica istituzionale

output

Esito verifica

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

**1. Ricezione richiesta /segnalazione e
assegnazione all'operatore di riferimento**Ricezione della richiesta di verifica degli impianti.
La programmazione dell'attività è fissata annualmente essendo queste verifiche cadenziate nel tempo.**2. Sopralluogo di verifica**

Sopralluogo di verifica con verbale di chiusura.

3. Rilascio parere

Verbalizzazione e restituzione dei risultati con segnalazione di incongruenze o difformità dalla normativa tecnica di riferimento.

**4. Eventuale nota al Comune per esito
negativo**

Nel caso vengano rivelate delle difformità gravi che portano ad esito negativo si trasmette il verbale per competenza al Comune per il successivo fermo amministrativo.

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Indagine Epidemiologica

Descrizione del Processo

Le indagini epidemiologiche per malattia infettiva hanno l'obiettivo di descrivere l'evento, acquisire informazioni sulla fonte del contagio, individuare altri soggetti potenzialmente coinvolti nella diffusione della malattia o altri soggetti malati ed attuare, di conseguenza, interventi preventivi sia su singoli soggetti, che su collettività o sulla popolazione generale.

input

Acquisizione e protocollazione della Segnalazione di Malattia Infettiva, redatta dal medico che ha diagnosticato la malattia infettiva, sospetta od accertata.

output

Registrazione sul Sistema Informatico regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive (SMI).
Attuazione di interventi preventivi

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione della Segnalazione di Malattia Infettiva

Acquisizione della Segnalazione di Malattia Infettiva. Protocollo e assegnazione a Dirigente medico ed operatore Dater.

2. Intervista epidemiologica

Esecuzione dell'intervista epidemiologica, attraverso il colloquio con il malato o suo familiare più prossimo e/o con il medico notificatore o medico curante.

3. Realizzazione di interventi di profilassi

Individuazione di fattori di rischio ed attuazione di interventi preventivi per bloccare o ridurre la diffusione della malattia infettiva (es. profilassi farmacologica e/o vaccinazione dei contatti).

4. Comunicazione e richiesta intervento ad altre UO o Enti esterni

Segnalazione dell'evento ad altre UO o Enti coinvolti, per l'attuazione degli interventi preventivi di competenza.

5. Registrazione della malattia

Registrazione della malattia sul Sistema Informatico Regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive (SMI). Archiviazione della pratica cartacea agli atti.

1. GENERALI

Processo

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Affidamento servizio ai sensi D. lgs. 50/2016 e della Deliberazione n. 185/2017. Redazione di nota a contrarre per affidamento servizio; individuazione di operatori economici; richiesta di preventivi agli operatori economici prescelti; protocollazione dei preventivi pervenuti; scelta operatore in base all'offerta più economica. Acquisizione mod. di dichiarazione art. 80 del codice appalti da parte dell'operatore scelto per l'affidamento.

input

Ricevimento richiesta di affidamento servizio

output

Atto di affidamento del servizio

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento richiesta di affidamento servizio di importo sotto soglia attraverso la

La UO Amministrativa DSP riceve la richiesta da parte del Direttore di UUOCC di attivazione delle procedure per l'affidamento di un servizio di importo sotto soglia

2. Definizione della gara di bando per la richiesta di preventivo

La UO Amministrativa DSP unitamente al Direttore di UUOCC predispone la scheda del progetto, la scheda delle condizioni economiche, definendone il criterio di aggiudicazione, l'importo del servizio, il termine della gara, i destinatari della gara e i criteri di selezione

3. Creazione gara

La UO Amministrativa DSP inserisce tutti i documenti di gara nella piattaforma intercenter.

4. Verifica preventivi pervenuti nella piattaforma intercenter e valutazione offerte

La UO Amministrativa stampa i preventivi ricevuti ne valuta la completezza e apre la busta economica. Il direttore di UOC valuta l'offerta presentata e aggiudica il vincitore di gara all'interno della piattaforma intercenter.

5. Aggiudicazione gara e affidamento servizio

Predisposizione a cura della UO Amministrativa del contratto da firmare digitalmente e acquisizione modulo di dichiarazione art 80 D.Lgs 20/2016 all'interno della piattaforma intercenter.
Predisposizione della nota a contrarre per affidamento su Babel

1. GENERALI

Processo

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: attività ispettiva

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Vigilanza nei luoghi di lavoro programmata o su richiesta/segnalazione per accertamento adempimenti normativi, controlli e verifiche degli impianti

input

Pianificazione/programmazione annuale delle attività - segnalazione/richiesta protocollata in arrivo

output

Emissione provvedimento finale protocollato in uscita

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Assegnazione attività come da pianificazione annuale / ricezione richiesta o

Assegnazione attività pianificata/ricezione segnalazione per irregolarità in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro da parte di cittadini, rappresentanze lavoratori e istituzioni. Assegnazione agli operatori con criteri di priorità legati alla tipologia ed entità dell'evento e in relazione alla tipologia del richiedente.

2. Sopralluogo con stesura verbale di sopralluogo o di richiesta di documentazione

Qualora venga effettuato il sopralluogo ispettivo, si procede alla verifica situazioni di irregolarità e rilascio del verbale sopralluogo aziende/cantiere o di richiesta di documentazione

3. Rilascio di prescrizioni/disposizioni o redazione di relazione interna

Qualora vengano riscontrate irregolarità, si procede al rilascio di verbale di prescrizione o disposizioni con o senza il sequestro di beni. In assenza di riscontro di irregolarità, redazione di relazione interna

4. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e ammissione al pagamento

In caso di emissione di verbale di prescrizione, effettuazione del sopralluogo di verifica di adempimento delle prescrizioni ed eventuale ammissione al pagamento della sanzione amministrativa

5. Conclusione esiti processo ispettivo

Trasmissione/Archiviazione atti conclusivi in base all'esito dell'intervento ispettivo.

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**PREVENZIONE SICUREZZA
AMBIENTI DI LAVORO: Indagini
infortuni sul lavoro e/o
malattie professionali**

Descrizione del Processo

Indagini per infortuni sul lavoro e/o malattie professionali

input

Avvio di indagini per infortuni sul lavoro o malattie professionali di iniziativa o su delega della Autorità Giudiziaria

output

Redazione rapporto finale per la Procura della Repubblica

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Avvio processo per attivazione a seguito di ricezione denuncia infortunio-MP/per

Il Direttore di UOS assegna la pratica agli operatori incaricati di svolgere le indagini

2. Svolgimento delle indagini per infortunio o MP

Gli operatori assegnatari svolgono tutti gli accertamenti necessari alla redazione del rapporto giudiziario finale per l'AG

3. Invio del rapporto finale all'AG

Il rapporto finale viene inviato a firma del Direttore UOC all'Autorità Giudiziaria

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**PREVENZIONE SICUREZZA
AMBIENTI DI LAVORO: ricorsi
avverso il giudizio del medico
competente**

Descrizione del Processo

Giudizio di idoneità alla mansione nell'ambito della trattazione di ricorsi avverso il giudizio del medico competente ex art. 41 del D.Lgs. 81/08

input

istanza ricorso protocollata in arrivo

output

emissione certificazione giudizio di idoneità protocollata in uscita

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento istanza di ricorso e assegnazione

L'istanza di ricorso avverso il giudizio del m.c. in arrivo è protocollata e assegnata dal Responsabile di UOS al medico/i per la presa in carico

2. Istruttoria ed eventuale sopralluogo

Il medico/i assegnatario cura l'istruttoria del caso, programma eventuale sopralluogo e programma, con il supporto dell'UO amministrativa locale, la seduta di visita collegiale.

3. Visita medica collegiale

L'UO Amministrativa predispone la convocazione a visita del lavoratore e la convocazione dei componenti del collegio medico per l'effettuazione di visita medica collegiale.

4. Rilascio della certificazione

Il collegio medico rilascia certificazione con giudizio di idoneità alla mansione.

1. GENERALI

Processo

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio autorizzazioni

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Autorizzazioni in deroga a requisiti di legge (altezze locali di lavoro, uso di internati e seminternati); altre autorizzazioni

input

istanza protocollata in arrivo

output

autorizzazione in deroga o diniego protocollato in uscita

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento dell'istanza e assegnazione

Istanza per autorizzazioni in deroga a requisiti di legge di luoghi di lavoro con particolari caratteristiche (altezze locali di lavoro, locali interrati e seminternati); altre autorizzazioni.

2. Valutazione documentale

Valutazione documentazione a supporto dell'istanza in merito all'aderenza ai requisiti di legge

3. Sopralluogo eventuale con verbale di sopralluogo

L'istruttoria è solitamente effettuata sugli atti. Raramente può essere necessario un sopralluogo conoscitivo.

4. Rilascio/diniego dell'autorizzazione

Emissione dell'atto finale che comporta il rilascio o meno dell'autorizzazione in deroga

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**PREVENZIONE SICUREZZA
AMBIENTI DI LAVORO: rilascio
certificazioni**

Descrizione del Processo

Certificazione di restituibilità di ambienti bonificati (amianto friabile)

input

Piano di lavoro per rimozione amianto friabile
protocollato in arrivo

output

Emissione certificato di restituibilità dei locali
protocollato in uscita

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento piano di lavoro e assegnazione

Ricevimento e assegnazione piano di lavoro per rimozione amianto friabile agli operatori;

2. Istruttoria ed eventuale sopralluogo

Gli operatori assegnatari valutano il piano e il collaudo cantiere, curano l'istruttoria, organizzano le attività di sopralluogo e campionamento ambientale

3. Rilascio della certificazione

Al termine delle attività, viene rilasciata la certificazione di restituibilità degli ambienti di lavoro bonificati

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

**PREVENZIONE SICUREZZA
AMBIENTI DI LAVORO: rilascio
parere su piano di lavoro di
rimozione amianto di matrice
compatta**

Descrizione del Processo

Rilascio di pareri su piani di lavoro per bonifica manufatti in cemento amianto
(MCA)

input

Piano di bonifica

output

Emissione del parere

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione/assegnazione piano di lavoro per bonifica amianto

Ricezione del piano di lavoro e assegnazione all'operatore

2. Valutazione del piano di lavoro ed eventuale espressione del parere

Valutazione del piano di lavoro e verifica in merito alla necessità di esprimere il parere

3. Rilascio del parere

Rilascio di parere condizionante l'effettivo avvio delle attività di bonifica.

1. GENERALI

Processo

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio pareri tecnici

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Rilascio di pareri per insediamenti produttivi e apertura cave; pareri per autorizzazioni nell'ambito di Commissioni aziendali ed extraziendali.

input

Richiesta di parere

output

Emissione del parere

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Assegnazione della richiesta agli operatori individuati nel piano annuale di assegnazione delle attività o nelle determinate DSP.

2. Istruttoria documentale ed espressione del parere

Valutazione documentazione a supporto dell'istanza.

3. Rilascio del parere

Emissione del parere verso i destinatari interni o esterni

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Procedure di selezione per il conferimento di borse di studio

Descrizione del Processo

Il processo prevede il ricevimento di una richiesta da parte di un Direttore di UOC del DSP al fine di assegnare una borsa di studio per lo svolgimento di specifiche tematiche valutata la congruenza con gli obiettivi strategici aziendali e a fronte del relativo finanziamento. L'attribuzione di borse di studio è basata su criteri di trasparenza, pubblicità, pari opportunità tra i candidati e imparzialità dell'azione amministrativa e avviene tramite pubblica selezione. Il Direttore, previo controllo dei requisiti, formula al SUMAGP specifica richiesta mediante modulistica (requisiti culturali e professionali richiesti, requisiti preferenziali, obiettivi del progetto/studio, caratteristiche della prestazione, fonte di finanziamento etc.). A seguito di pubblicazione del bando e valutazione dei requisiti dei candidati, viene nominata commissione di valutazione che individua il vincitore. Il SUMAGP conferisce la Borsa di Studio al candidato vincitore con propria determina.

input

Lettera di richiesta di attivazione procedura per il conferimento borsa di studio a firma del direttore di UUOCC

output

Determina di nomina del candidato al quale è assegnata la borsa di studio

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricevimento richiesta di attivazione percorso per assegnazione borsa di studio

La UO Amministrativa DSP protocolla la richiesta del direttore di UUOCC di attivazione delle procedure per l'assegnazione della borsa di studio

2. Valutazione richiesta

Il Direttore del DSP unitamente al direttore della UO Amministrativa DSP, valutano la richiesta presentata

3. Avvio procedura acquisizione borsa di studio

Trasmissione alla Direzione Aziendale e al Direttore SUMAGP della nota formale di richiesta attivazione procedura per acquisizione della borsa di studio

4. Autorizzazione

La Direzione del DSP e la UO Amministrativa DSP ricevono il parere della Direzione Aziendale sulla richiesta borsa di studio

5. Pubblicazione bando

Il SUMAGP predispone una bozza del bando e lo trasmette al DSP per le eventuali integrazioni. Successivamente il SUMAGP pubblica il bando e alla scadenza del termine raccoglie le domande pervenute e ne valuta l'ammissibilità

6. Nomina Commissione

Il DSP riceve la nota dal SUMAGP contenente l'elenco dei candidati ammissibili. La UO Amministrativa predispone la lettera a firma del Direttore del DSP con la quale comunica al SUMAGP i nominativi dei componenti della commissione di esame e la data di svolgimento

7. Selezione

La commissione si riunisce, valuta i curricula dei candidati ed effettua la selezione per colloquio. Al termine redige il verbale contenente gli esiti della selezione e lo invia al SUMAGP con nota con la quale comunica il nominativo del candidato al quale assegnare la borsa di studio

8. Assegnazione borsa di studio

Parte del SUMAGP con individuazione candidato che ha vinto la BS

1. GENERALI

Processo

VETERINARIO: attività ispettiva

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Qualsiasi forma di controllo eseguita per la verifica della conformità alla normativa vigente

input

Obiettivi Nazionali, Regionali, Aziendali in materia di Controlli Ufficiali o segnalazione pervenuta tramite Babel

output

Redazione documento di Programmazione annuale di UO

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Su programma o su ricezione richiesta o segnalazione

Controllo Ufficiale programmato annualmente o ppure su segnalazione/reclami al fine di verificare la conformità alla normativa vigente.

2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore

Piano di lavoro assegnato annualmente o segnalazione pervenuta tramite BABEL.

3. Valutazione della richiesta/segnalazione

Preparazione del sopralluogo con verifica documentale e predisposizione modulistica e strumenti per il controllo.

4. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione

Sopralluogo per verifica sul posto per il controllo Ufficiale attraverso ispezione, verifica monitoraggio, campionamento o audit e redazione SCU o SCU NC in caso di presenza di NC

5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività

Emissione di prescrizioni, sanzioni ed eventuali sospensioni temporanee attività anche in caso di richiesta da parte di altri organi di controllo (NAS)

6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite

Sopralluogo di verifica di ottemperanza alle prescrizioni impartite

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

VETERINARIO: rilascio autorizzazioni

Descrizione del Processo

Provvedimento amministrativo che consente l'esercizio di un diritto previa verifica della conformità e rispetto della normativa vigente e della compatibilità all'interesse pubblico.

input

Istanza presentata dall'interessato corredata di documentazione allegata nel rispetto della normativa di riferimento

output

trasmissione della documentazione ricevuta al professionista individuato

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile**Responsabile Struttura****1. Ricevimento dell'istanza**

Tramite BABEL e smistamento in relazione alle competenze tecnico-professionali e territoriali

2. Valutazione documentale

Valutazione della documentazione confrontandola con i requisiti normativi e applicativi della legge di riferimento (vedi Chek list regionali).

3. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione

Effettuazione sopralluogo, redazione SCU o altro Modulo se previsto da procedura

4. Espressione del giudizio

Espressione del Giudizio per il rilascio dell'atto autorizzativo o del diniego motivato dell'atto autorizzativo

5. Emissione atto autorizzativo

Firma dell'atto autorizzativo

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

VETERINARIO: rilascio certificazioni

Descrizione del Processo

Documento cartaceo o elettronico firmato da un veterinario certificatore e che assicura la conformità ad uno o più requisiti zoosanitari, igienico-sanitari, di processo, previsti dalle norme comunitarie e/o stabiliti dal paese di destinazione.

input

Richiesta da parte dell'interessato

output

Valutazione richiesta e predisposizione modulistica per il rilascio certificazione o diniego motivato

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricevimento dell'istanza

Valutazione della richiesta confrontandola con i requisiti normativi e applicativi della legge di riferimento.

2. Istruttoria

Sopralluogo per verifica sul posto per il controllo documentale, materiale e di identità dell'oggetto/merce da certificare e rilascio o diniego motivato della certificazione

3. Rilascio della certificazione

Sopralluogo per verifica sul posto per il controllo documentale, materiale e di identità rilascio o diniego motivato della certificazione su modello predisposto e numerato.

4. Registrazione della certificazione

Registrazione in Avelco (nr. Del certificato, tipo di attività..)

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

VETERINARIO: rilascio pareri tecnici

Descrizione del Processo

Espressione di una valutazione tecnico-professionale su richiesta prevista dalla normativa vigente

input

Richiesta da parte dell'interessato tramite BABEL

output

valutazione richiesta e assegnazione in BABEL in base alle competenze tecnico professionali e alle competenze territoriali

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Valutazione della richiesta in BABEL e assegnazione

2. Istruttoria documentale

Valutazione documentale dell'istanza confrontandola con i requisiti normativi e applicativi della legge di riferimento ed eventuale richiesta di integrazione documentazione.

3. Rilascio del parere

Rilascio o diniego motivato del parere modello predisposto

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato

Descrizione del Processo

Su richiesta del Direttore di UOC possono essere attivati i rapporti di collaborazione con enti pubblici o privati attraverso la stipula di contratti di comodato, di convenzioni, protocolli di intesa con enti pubblici e privati in base a delega data al Direttore del DSP dal Direttore Generale con Deliberazioni n. 162/2006 e 278/2006 e successive integrazioni. Viene predisposta una bozza di atto nella quale sono indicati i termini della collaborazione (oggetto, durata, impegni assunti dalle parti, eventuali costi) trasmessa alla controparte che, se condivisa, viene restituita sottoscritta digitalmente. Gli accordi vengono approvati e sottoscritti digitalmente con determinazioni del Direttore del DSP. Le eventuali spese da sostenere presuppongono l'apertura di un apposito conto economico in GAAC.

input

Ricevimento richiesta dal Direttore DSP e/o Direttore UOC

output

Determina di recepimento/approvazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Procedimento attivato da Direttore Dipartimento o su richiesta di ente

La stipula di un contratto/convenzione/protocollo di intesa viene in attuazione di un accordo tra il DSP e l'ente pubblico/privato.

2. Espletamento istruttoria

Viene predisposta una bozza di atto a cura della UO Amministrativa sulla base degli impegni assunti dalla Direzione del DSP nella quale sono indicati i termini della collaborazione (oggetto, durata, impegni assunti dalle parti, eventuali costi) trasmessa alla controparte che, se condivisa, viene restituita sottoscritta digitalmente. La bozza di atto a volte è proposta dalla controparte e la UO Amministrativa del DSP verifica tutti gli aspetti giuridici ed economici ivi indicati. Successivamente la bozza viene condivisa dalle parti attraverso scambi di corrispondenza tramite mail o nota formale.

3. Determina di recepimento/approvazione

La convenzione/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato viene sottoscritto dalle parti e recapiti/approvati con determina del Direttore del DSP.

1. GENERALI

Processo

Aggiudicazione della gara

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

L'attività riguarda l'approvazione delle risultanze di gara e l'aggiudicazione a favore del migliore offerente. Il direttore riceve la proposta di aggiudicazione da parte della Commissione Giudicatrice, qualora nominata, o dalla UO valutatrice e con propria determina adotta l'atto di aggiudicazione.

input

output

responsabile **Direttore**

Attività

Descrizione dell'attività

1. Esclusioni e aggiudicazioni

A seguito della valutazione tecnica delle offerte presentate la Commissione Giudicatrice può proporre al Direttore eventuale atto di esclusione degli operatori economici che non raggiungono il punteggio tecnico minimo complessivo relativo alla qualità, come previsto nei documenti di gara e indispensabile per essere ammessi al prosieguo della procedura. Negli altri casi propone direttamente l'aggiudicatario.

2. Formalizzazione dell'aggiudicazione

La formalizzazione dell'aggiudicazione avviene con Determina adottata dal Direttore.

1. GENERALI

Processo

Esecuzione del contratto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Il processo riguarda l'esecuzione di tutte le attività contrattualmente pattuite con l'appaltatore della data di avvio a quella di ultimazione.

input

output

responsabile **Direttore**

Attività

Descrizione dell'attività

Provvedimento di aggiudicazione

Provvedimento di approvazione delle risultanze del collaudo

1. Avvio esecuzione

L'attività riguarda l'avvio dell'esecuzione del contratto da parte del Direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione ad hoc nominato.

2. Verifiche in corso di esecuzione

L'attività riguarda tutti gli accertamenti necessari alla verifica del rispetto da parte dell'appaltatore di tutte le condizioni contrattualmente pattuite, ivi comprese quelle inerenti alla sicurezza. L'attività comprende anche l'adozione dei provvedimenti che si dovessero rendere eventualmente necessari a seguito delle risultanze delle verifiche (sospensioni, riprese, ordini di servizio e quant'altro).

3. Modifiche/varianti contrattuali

L'attività riguarda l'adozione di modifiche e/o varianti contrattuali nei casi normativamente e contrattualmente disciplinati.

4. Disamina riserve.

L'attività consiste nella disamina tecnica, amministrativa, giuridica delle contestazioni formulate dall'appaltatore in corso di esecuzione e accoglimento (parziale o totale) o meno delle pretese addotte.

5. Contabilizzazione interventi

L'attività consiste nella redazione dei documenti contabili (registro di contabilità, stati di avanzamento, stati finali, certificati di pagamento, libretto misure e quant'altro) al fine della corresponsione a favore dell'appaltatore degli acconti e saldi dei corrispettivi contrattualmente pattuiti.

6. Ultimazione interventi

L'attività riguarda la formalizzazione dell'ultimazione e completamento degli interventi.

1. GENERALI

Processo

Predisposizione dei documenti da porre a base di gara

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Il processo riguarda tutte le attività propedeutiche e necessarie per la predisposizione di tutti i documenti di natura tecnica e giuridico amministrativa da porre a base di gara.

input

Disposto normativo

output

Delibera di indizione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Indagini di mercato ed elaborazione progettuale

Svolgimento delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione ed il completamento delle specifiche tecniche di progetto; sviluppo ed elaborazione progettuale.

2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento

Il RUP individua la procedura da esperire per l'individuazione del soggetto affidatario dell'intervento tenendo conto dell'importo, della tipologia e natura e dell'urgenza o meno dell'acquisizione.

3. Definizione dei requisiti di partecipazione

I requisiti di partecipazione alla gara sono individuati tenendo conto dell'importo, della tipologia e natura e caratteristiche dell'intervento.

4. Definizione dei criteri di aggiudicazione e relativi punteggi

L'attività comprende l'elaborazione dei criteri qualitativi e/o quantitativi e dei relativi punteggi finalizzati al completamento dei documenti di gara da esperire per l'individuazione del migliore contraente.

5. Approvazione documentazione progettuale e lex specialis

L'attività comprende l'approvazione di tutta la documentazione da porre a base di gara e la determinazione a contrarre per l'acquisizione dei servizi e/o forniture e l'affidamento degli interventi di cui l'Amministrazione necessita.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Programma triennale per gli appalti di lavori

Descrizione del Processo

Il programma triennale degli appalti di lavori rappresenta l'elenco degli interventi rispondenti ai fabbisogni dell'Amministrazione. L'obbligatorietà della programmazione riguarda lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a € 100.000. Il programma viene corredato da un elenco annuale dei lavori; l'inserimento nell'elenco annuale è subordinato all'approvazione da parte della stazione appaltante del progetto di fattibilità tecnico economica nel caso l'importo dei lavori sia pari o superiore a € 1.000.000.

input

Adempimento normativo

output

Deliberazione di approvazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Analisi e definizione dei fabbisogni

Le UU.OO del Dipartimento Tecnico Patrimoniale analizzano e definiscono i fabbisogni delle strutture sanitarie individuando gli interventi da eseguire nell'arco del triennio.

2. Nomina del responsabile del procedimento

Per ogni intervento individuato viene assegnato un responsabile del procedimento.

3. Stesura del programma

Redazione del programma a conclusione dell'analisi e definizione dei fabbisogni e nomina del responsabile del procedimento per ciascun intervento individuato.

4. Deliberazione di approvazione del programma e conseguente pubblicazione

Il programma triennale degli appalti dei lavori viene approvato con atto deliberativo e pubblicato secondo le modalità normativamente stabilite.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Rendicontazione del contratto

Descrizione del Processo

Il processo riguarda l'esecuzione di tutte le attività contrattualmente pattuite con l'appaltatore dalla data di avvio a quella di ultimazione e collaudazione, ivi compresa la fase di rendicontazione amministrativa, economica e finanziaria.

input

Provvedimento di aggiudicazione

output

Provvedimento di approvazione delle risultanze del collaudo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)

Il collaudo avviene dopo il compimento dell'opera (collaudo finale) e il collaudatore deve essere nominato nei 30 giorni successivi alla data di ultimazione dei lavori

2. Rendicontazione dei lavori in economia da parte del DEC/DL

3. Verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del

Il responsabile unico del procedimento controlla l'esecuzione del contratto congiuntamente al direttore dei lavori per i lavori e al direttore dell'esecuzione del contratto per i servizi e forniture.

4. Approvazione risultanze e collaudo e relativa rendicontazione

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Selezione del Contraente

Descrizione del Processo

Il processo riguarda la procedura di gara per l'affidamento degli interventi e/o acquisizione di servizi e/o fornitura dalla fase di indizione a quella di aggiudicazione, con conseguente stipula del contratto.

input

Deliberazione/determinazione a contrarre

output

Provvedimento di aggiudicazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Pubblicazione del bando

L'attività riguarda la pubblicazione del bando di gara e del relativo estratto e della documentazione allegata e richiamata sugli organi di informazione e siti telematici a ciò dedicati secondo le modalità e tempistiche normativamente prescritte.

2. Gestione delle sedute di gara

L'attività riguarda la gestione delle sedute di gara e l'espletamento delle relative incombenze.

3. Nomina della Commissione giudicatrice

L'attività riguarda le sole procedure di gara con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e consiste nell'individuazione e nomina dei componenti costituenti la Commissione giudicatrice deputata a:

- a) valutazione delle offerte tecniche qualitative e attribuzione dei relativi punteggi
- b) apertura offerte economiche e attribuzione dei relativi punteggi
- c) formazione della graduatoria e individuazione del migliore offerente.

4. Verifica dei requisiti di partecipazione

L'attività riguarda la verifica dei requisiti di partecipazione dell'aggiudicatario della procedura di gara.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Stipula del contratto

Descrizione del Processo

Si procede alla stipulazione del contratto con l'aggiudicatario del servizio/fornitura decorso il periodo dello stand still , se previsto, e ad aggiudicazione efficace

input

Codice Appalti - Art.32 "Fasi delle procedure di affidamento"

output

Contratto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione degli elementi tecnici essenziali del contratto

Il contratto è stipulato, a pena di nullità, con atto pubblico notarile informatico, ovvero, in modalità elettronica secondo le norme vigenti per ciascuna stazione appaltante, in forma pubblica amministrativa a cura dell'Ufficiale rogante della stazione appaltante o mediante scrittura privata; in caso di procedura negoziata ovvero per gli affidamenti di importo non superiore a 40.000 euro mediante corrispondenza secondo l'uso del commercio consistente in un apposito scambio di lettere, anche tramite posta elettronica certificata o strumenti analoghi negli altri Stati membri. Fanno parte integrante del contratto il capitolato e il computo estimativo metrico. Il contratto è stipulato di norma entro 60 giorni dall'aggiudicazione e non prima di 35 giorni nei casi previsti dal Codice Appalti. L'esecuzione del contratto può avere inizio solo dopo che lo stesso è divenuto efficace, salvo i casi previsti dal Codice Appalti.

2. Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto

Prima della stipula del contratto sono effettuati i controlli previsti dalla legge. A efficacia dell'aggiudicazione si ha la stipula del contratto che per le procedure soprasoglia è fatto mediante scrittura privata con firma digitale, mentre nei casi di acquisti sottosoglia comunitaria coincide con lo scambio di lettere firmate digitalmente. L'aggiudicatario darà inizio al servizio/fornitura al ricevimento dell'ordine informatizzato.

3. Nomina del DEC/DL

Il RUP fa sottoscrivere l'accettazione a DEC alla persona individuata dal Direttore Gestore del contratto.

GCRFSQ

2. SPECIFICHE

Processo

Gestione Studi Clinici

Descrizione del Processo

Il processo è finalizzato a offrire supporto nella corretta gestione degli studi clini che vengono presentati dagli Sperimentatori al Comitato Etico per necessario parere, cui segue l'adozione della determina autorizzativa per la conduzione dello studio - da parte della Direzione Generale - e relativo monitoraggio. Le attività di supporto riguardano l'intero percorso che uno studio clinico deve seguire, partendo dunque dalla richiesta di parere al Comitato Etico fino alla conduzione; nel caso di studi con finanziamento è anche prevista la stesura di una convenzione economica.

input

Ricezione documenti per richiesta parere

output

Trasmissione nulla osta ai sensi art. 7 L.R. 9/2017

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

1. Ricezione documentazione

La Segreteria Locale del Comitato Etico Bologna-Imola, presso Azienda USL di Bologna (GC), riceve la documentazione presentata dallo Sperimentatore e ne valuta la completezza, richiede eventuali informazioni o integrazioni e inserisce i dati relativi allo studio nel Data Base aziendale. La Segreteria Locale provvede, inoltre, a inserire gli studi completi di documentazione nell'OdG per la seduta successiva del Comitato Etico.

2. Negoziazione convenzione economica (eventuale)

Gli studi che presentano degli aspetti economici includono nella documentazione anche la convenzione che ne regola i rapporti. La negoziazione dei contenuti avviene tra il Promotore e il GC nel rispetto della normativa sulla trasparenza, anticorruzione e trattamento dati personali. La convenzione viene sottoposta alla firma del Direttore Generale.

3. Negoziazione contratto comodato d'uso gratuito (eventuale)

Nel caso in cui la sperimentazione preveda l'utilizzo di attrezzature informatiche e/o sanitarie (anche dispositivi medici marcati, utilizzati secondo l'indicazione d'uso del marchio) fornite da terzi a titolo gratuito, il GC predispone un apposito contratto di comodato d'uso gratuito che viene negoziato con il fornitore. Il contratto viene sottoposto alla firma del Direttore Generale, previa valutazione dei servizi competenti (UO Ingegneria clinica per le attrezzature sanitarie e UO Sistemi Informativi per le attrezzature informatiche).

4. Invio parere del Comitato Etico

Il Comitato Etico durante la seduta valuta gli studi inseriti nell'OdG alimentato dalla Segreteria Locale ed esprime il proprio parere (favorevole, sospeso, condizionato, non favorevole).
La Segreteria Locale invia agli interessati il parere tramite protocollo informatico e, nel caso di parere favorevole, invia contestuale proposta di nulla osta al Direttore Generale.

5. Richiesta di nulla osta e trasmissione

Il parere favorevole del Comitato Etico è condizione necessaria, ma non sufficiente per l'avvio di uno studio.
Una volta ottenuto il parere favorevole, viene proposto dal GC al Direttore Generale l'adozione del nulla osta, il GC lo trasmette poi agli interessati per avviare e condurre lo studio.

6. Monitoraggio

Lo Sperimentatore trasmette alla Segreteria Locale, con cadenza annuale, il modulo sullo stato di avanzamento o di conclusione dello studio. E' previsto l'inserimento di queste informazioni sul Data Base aziendale.

7. Gestione economica-amministrativa dei proventi

Nel caso di studi che prevedono un rapporto economico le fatture vengono emesse da GC nel rispetto delle tranches definite nella convenzione.
Il SUMCF individua gli incassi effettuati per ogni fattura e regolarizza ciascun incasso.
A seconda della tipologia di studio (profit o no profit finanziato) il finanziamento dello studio viene distribuito secondo le percentuali e le destinazioni previste dalla P025

8. Emendamenti e addendum

Le modifiche sostanziali al Protocollo di studio richiedono il parere da parte del Comitato Etica sotto forma di emendamento; se vengono modificate anche le condizioni economiche il GC provvede alla modifica della convenzione economica (addendum).

2. SPECIFICHE

Processo

Gestione Fondo Aziendale della Ricerca e Fondo del Comitato Etico

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Descrizione del Processo

Il processo è finalizzato a un corretto utilizzo dei Fondi dedicati alla Ricerca intesi come strumento per promuovere le attività scientifiche e di innovazione dell'Azienda; oltre a valorizzare i risultati di particolare rilevanza ottenuti in ambito scientifico, tecnico, organizzativo e gestionale.

input

Disponibilità

output

Utilizzo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione delle richieste di accesso al Fondo Aziendale della Ricerca e/o Fondo del

La richiesta di accesso viene formulata dalla Direzione di Dipartimento/Distretto interessata e indirizzata alla Direzione Aziendale e per conoscenza al GC che supporta la Direzione nella valutazione della richiesta e nelle comunicazioni con i richiedenti.

2. Monitoraggio periodico Fondo Aziendale della Ricerca

Il GC effettua il monitoraggio grazie al supporto del SUMCF che fornisce, su richiesta, la rendicontazione dettagliata sulla situazione del Fondo.

3. Rendicontazione annuale dei Fondi della Ricerca e del Comitato Etico

Il GC effettua una rendicontazione annuale dei Fondi attraverso l'utilizzo di report illustrativi dell'impiego delle risorse

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Descrizione del Processo

Convenzioni con Università ed Enti Formativi

input

output

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. ricezione della richiesta di attivazione di convenzionamento

Mappatura in corso: descrivere l'attività

2. Valutazione della richiesta di convenzionamento

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. Stipula o diniego convenzione

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Descrizione del Processo

Formazione Esterna NON sponsorizzata

La formazione sponsorizzata o "reclutamento" consiste nella possibilità offerta ai dipendenti di partecipare a corsi/convegni/seminari/congressi con spese a carico di Ditte Farmaceutiche e comunque produttrici di attrezzature, presidi, dispositivi medici, nutrienti ed integratori dietetici o altri soggetti (fondazioni, banche, associazioni).

Possibilità di accedere, gratuitamente o a pagamento, alle risorse interne (tecnologie e personale) per l'organizzazione e l'accreditamento ECM di iniziative organizzate da soggetti esterni all'Azienda.

input

Analisi del fabbisogno

output

Attestato di partecipazione all'evento formativo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Responsabile Struttura**

1. Individuazione del personale partecipante

Individuazione dei candidati alla formazione esterna obbligatoria (inserita nei singoli PAF) e facoltativa, sulla base del raggiungimento degli obiettivi di Macrogestione (D.F.)

2. Autorizzazione alla partecipazione

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVA DI FORMAZIONE AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE ESTERNA ALL'AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA e autorizzazione

3. Termine dell'evento formativo ed eventuale richiesta di pagamento

CHIUSURA dell'INIZIATIVA DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO ESTERNA APPROVATA NEL PIANO FORMAZIONE ANNO

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Formazione Esterna sponsorizzata

Descrizione del Processo

La formazione sponsorizzata o "reclutamento" consiste nella possibilità offerta ai dipendenti di partecipare a corsi/convegni/seminari/congressi con spese a carico di Ditte Farmaceutiche e comunque produttrici di attrezzature, presidi, dispositivi medici, nutrienti ed integratori dietetici o altri soggetti (fondazioni, banche, associazioni).

Possibilità di accedere, gratuitamente o a pagamento, alle risorse interne (tecnologie e personale) per l'organizzazione e l'accreditamento ECM di iniziative organizzate da soggetti esterni all'Azienda.

input

Ricezione dell'offerta formativa sponsorizzata

output

Attestato di partecipazione all'evento formativo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione dell'offerta di sponsorizzazione per attività Formativa

Possibilità di accedere, gratuitamente o a pagamento, alle risorse interne (tecnologie e personale) per l'organizzazione e l'accreditamento ECM di iniziative organizzate da soggetti esterni all'Azienda.

2. Individuazione del personale partecipante

Individuazione dei candidati alla formazione esterna sulla base del raggiungimento degli obiettivi di Macrogestione, le competenze necessarie da acquisire e a confronto con le possibilità formative interne aziendali.

3. Richiesta di formazione sponsorizzata

La formazione sponsorizzata o "reclutamento" consiste nella possibilità offerta ai dipendenti di partecipare a corsi/convegni/seminari/congressi con spese a carico di Ditte Farmaceutiche e comunque produttrici di attrezzature, presidi, dispositivi medici, nutrienti ed integratori dietetici o altri soggetti (fondazioni, banche, associazioni)

4. Dichiarazione di inesistenza di conflitto di interessi

Autodichiarazione di assenza di conflitto di interessi del soggetto richiedente del corso sponsorizzato.

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Descrizione del Processo

Formazione Interna

La formazione è un processo indispensabile per lo sviluppo o il mantenimento delle competenze dei professionisti dipendenti dell'Azienda. Per i dipendenti l'accesso alla formazione deve, in via prioritaria, rispondere al raggiungimento di obiettivi organizzativi e/o a obiettivi di salute del cittadino oltre che al ruolo e alle responsabilità che a lui fanno capo. Stante ciò la possibilità di accesso alla formazione deve essere quanto più diffusa ed equa. Per i dipendenti l'accesso alla formazione deve, in via prioritaria, rispondere al raggiungimento di obiettivi organizzativi e/o obiettivi di salute del cittadino, oltre che al ruolo e alle responsabilità che a lui fanno capo. Stante ciò la possibilità di accesso alla formazione deve essere quanto più diffusa ed equa

input

Analisi del fabbisogno formativo

output

Gli attestati di frequenza, di partecipazione e le note di liquidazione delle docenze

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura**1. Programmazione annuale**

Stesura del Piano formativo annuale da quanto emerge dal Dossier Formativo Triennale (strumento di programmazione e valutazione delle competenze che i professionisti dovranno acquisire nel triennio di validità dello stesso Dossier)

2. Assegnazione del Budget per macrogestione

Analisi delle richieste di budget da parte delle singole macrogestioni in rapporto alle disponibilità finanziarie assegnate alla formazione

3. Selezione dei corsi da attivare conseguentemente alla riduzione di budget

Riformulazione dei PAF nel rispetto dei parametri dei singoli budget

4. Progettazione del corso

Stesura della scheda progetto nelle sue singole parti

5. Individuazione docenti e/o fornitori di formazione

Affidamento incarichi per attività didattiche a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc)

6. Accesso a formazione

La formazione è un processo indispensabile per lo sviluppo o il mantenimento delle competenze dei professionisti dipendenti dell'Azienda. Per i dipendenti l'accesso alla formazione deve, in via prioritaria, rispondere al raggiungimento di obiettivi organizzativi e/o a obiettivi di salute del cittadino oltre che al ruolo e alle responsabilità che a lui fanno capo. Stante ciò la possibilità di accesso alla formazione deve essere quanto più diffusa ed equa.

7. Conferimento degli incarichi di docenza

Scelta del fornitore e contratto di fornitura aule per attività formative

8. Pagamento dei compensi

Pagamento del compenso per attività di docenza

9. Attestati di Frequenza e attestati ECM

Certificazione delle attività formative svolte dai singoli operatori.

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Formazione Universitaria

Descrizione del Processo

Affidamento incarichi per attività didattiche a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc)

input

Richiesta del responsabile SAM/Settore didattica ambito medico UNIBO

output

Liquidazione ore docenza effettuate

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione docenti

Affidamento incarichi per attività didattiche a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc).

Per l'Ateneo di Bologna, avviso di reclutamento annuale di professionisti del Servizio Sanitario Regionale, o di personale tecnico universitario in convenzione, per l'attribuzione degli incarichi didattici nei SSD previsti dalle Convenzioni per Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie della specifica Università, su richiesta del Responsabile SAM - Settore didattica di ambito medico dell'Università di Bologna.

Pubblicazione dell'Avviso di reclutamento, fornito dall'Ateneo di Bologna, riportante i REQUISITI DI PARTECIPAZIONE e i CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE CANDIDATURE sulla INTRANET dell'AUSL di Bologna. Pubblicazione di graduatoria per l'attribuzione degli incarichi didattici nei SSD previsti dalle Convenzioni per Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie delle Università nel sito specifico del Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie della specifica Università di Bologna.

2. Individuazione Esperti di Laboratorio/Seminari

Affidamento incarichi per attività di Laboratorio/Seminari, come da programmazione universitaria, a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc).

Per l'Ateneo di Bologna, per lo specifico Corso di Laurea in Infermieristica, relazione di chiusura A.A. terminato e di previsione per l'A.A. successivo Albo docenti per affidare incarichi ad Esperti con le migliori competenze per lo specifico Laboratorio/Seminario, nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza Anche per Unife ad esclusione della relazione. Conferimento di incarico a Professionisti/Esperti interni/esterni all'AUSL di Bologna, competenti nell'ambito dello specifico Laboratorio/Seminario con l'invio della documentazione prevista per lo svolgimento dell'attività

3. Attribuzione di incarichi di docenza per corsi di laurea

Per l'Ateneo di Bologna, effettuazione incarichi di docenza negli Insegnamenti nei SSD previsti dalle Convenzioni per Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc) Cdl infermieristica Unife: incarichi di docenza negli insegnamenti del settore scientifico disciplinare MED 45 e in quelli previsti dalla programmazione annuale universitaria (verbale di consiglio di corso Unife). Tali incarichi, sulla base del regolamento Unife/AuslBo e Auslfe possono essere conferiti a dipendenti delle suddette aziende. Tale regolamento definisce i requisiti di ammissione e i criteri per l'attribuzione dei punteggi.

Per l'Ateneo di Bologna, al conferimento dell'incarico ai Docenti assegnatari dell'Insegnamento nei SSD previsti dalle Convenzioni per Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, l'invio della documentazione prevista per lo svolgimento dell'attività permetterà l'accettazione dell'incarico stesso per il successivo svolgimento, dopo pubblicazione in Babel.

Cdl Infermieristica Unife: annualmente viene emesso dall'azienda usl di Bologna un avviso di reclutamento per l'attribuzione degli incarichi previsti, pubblicato nella intranet aziendale. Costituzione di una commissione mista Unife/AuslBo e Auslfe che effettua la valutazione sulla base dei titoli presentati dai candidati (determina ausl Bo su Babel).

Consegna da parte del Docente della documentazione compilata (accettazione a contabilitàformazione@ausl.bologna.it e modulo date e ore effettuate al Tutor d'anno) al fine di permettere il successivo compenso. Cdl Infermieristica Unife: pubblicazione graduatoria nella intranet aziendale (verbale unife deliberato tramite mail. Predisposizione lettere incarichi di docenza trasmesse tramite Babel.

4. Attribuzione di incarichi di Esperto per Laboratori/Seminari per corsi di laurea

Effettuazione incarichi per attività di Laboratorio/Seminari, come da programmazione universitaria, a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc).

Per sedi di Bologna, al conferimento dell'incarico a Professionisti/Esperti interni/esterni all'AUSL di Bologna, competenti nell'ambito dello specifico Laboratorio/Seminario con l'invio della documentazione prevista per lo svolgimento dell'attività permetterà l'accettazione dell'incarico stesso per lo svolgimento del successivo Laboratorio/Seminario, dopo pubblicazione in Babel. Cdl Infermieristica Unife: individuazione del professionista esperto tramite albo docenti unife e valutazione dei CV presentati. Per sedi di Bologna, consegna da parte del Professionista/Esperto interno/esterno all'AUSL di Bologna della documentazione compilata (accettazione a contabilitàformazione@ausl.bologna.it e modulo date e ore effettuate al Tutor d'anno) al fine di permettere il successivo compenso. Cdl Infermieristica Unife: attribuzione incarico tramite lettera di incarico di docenza trasmessa tramite babel.

5. Liquidazione dei compensi per incarichi di docenza per corsi di laurea

Compenso per attività didattiche svolte da incarichi affidati a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc).

Per sedi di Bologna, invio da parte del Tutor Didattico, con il modulo ore lezioni effettuate firmate da Responsabile delle Attività Didattiche e Professionalizzanti della sede formativa a Gruppo contabilità formazione.

CDL Pieve di Cento: Invio da parte del Tutor didattico del modulo ore docenza effettuate, firmate dalla Direttrice delle attività didattiche ed eventuale predisposizione ordini o inserimento compensi nelle voci variabili.

Per sedi di Bologna, registrazione e pagamento delle ore di lezione effettuate

Stessa cosa per CDL Pieve di Cento.

6. Liquidazione dei compensi per incarichi di Esperto per Laboratori/Seminari per corsi di

Compenso per attività di Laboratorio/Seminari svolte da incarichi affidati in qualità di Esperti di Laboratori/Seminari a singoli professionisti (dipendenti e/o non dipendenti) o a fornitori esterni (studi di consulenza, università, enti di formazione ecc).

Invio da parte del Tutor Didattico, con il modulo ore Laboratori/Seminario effettuate e firmate da Responsabile delle Attività Didattiche e Professionalizzanti/Direttore della sede formativa a Gruppo contabilità formazione.

CDL Pieve di Cento: Invio da parte del Tutor didattico del modulo ore docenza effettuate, firmate dalla direttrice delle attività didattiche ed eventuale predisposizione ordini o inserimento compensi nelle voci variabili.

Registrazione e pagamento delle ore di Laboratorio/Seminario effettuate

Stessa cosa per CDL Pieve di Cento.

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

**Gestione Corsi OSS -
Operatori Socio Sanitari**

Descrizione del Processo

Mappatura in corso: descrivere l'intero processo

input

documento che genera il processo

output

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. richiesta di convenzione

Mappatura in corso: descrivere l'attività

1. Scelta dell'ente da convenzionare

Mappatura in corso: descrivere l'attività

2. Stesura della convenzione onerosa

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. richiesta di disponibilità per tutor

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. Scelta dei dipendenti per docenza

Mappatura in corso: descrivere l'attività

4. Gestione del corso

Mappatura in corso: descrivere l'attività

5. Chiusura del corso

Mappatura in corso: descrivere l'attività

6. Valorizzazione dei tutor

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

**Gestione Formazione
Universitaria Specialistica
(psicologi, medici, altri figure
sanitarie)**

Descrizione del Processo

Mappatura in corso: descrivere l'intero processo

input

documento che genera il processo

output

nota autorizzazione tirocinio

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

**Gestione Tirocini - Stage post
diploma - Dottorati**

Descrizione del Processo

Mappatura in corso: descrivere l'intero processo

input

documento che genera il processo

output

nota autorizzazione tirocinio

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. ricezione della richiesta di attivazione

Mappatura in corso: descrivere attività

2. Verifica della presenza di
convenzionamento

Mappatura in corso: descrivere attività

3. Convenzionamento con istituto/Università di
provenienza del richiedente

Mappatura in corso: descrivere attività

4. Autorizzazione al tirocinio

Mappatura in corso: descrivere attività

4. Scelta del Tutor

Mappatura in corso: descrivere attività

5. Chiusura del tirocinio

Mappatura in corso: descrivere attività

6. Relazione conclusiva

Mappatura in corso: descrivere attività

6. valorizzazione tutoriale (se prevista)

Mappatura in corso: descrivere attività

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

3.1 FORMAZIONE

Processo

Descrizione del Processo

**Percorsi per le competenze
trasversali e l'orientamento -
PCTO**

Mappatura in corso: descrivere l'intero processo

input

documento che genera il processo

output

deli o det di approvazione della convenzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. bando di disponibilità rivolto alle scuole

Mappatura in corso: descrivere l'attività

2. Definizione dei progetti da attuare

Mappatura in corso: descrivere l'attività

3. realizzazione della Convenzione

Mappatura in corso: descrivere l'attività

GPS

2. SPECIFICHE		2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA	
Processo	Descrizione del Processo		
Gestione delle liste di attesa: interventi di Chirurgia ambulatoriale	input	prescrizione medica con diagnosi	
	output	rilascio di referto	
	responsabile		
Attività	Descrizione dell'attività		

1. inserimento in lista di attesa per intervento ambulatoriale

Il medico durante la visita ambulatoriale (SSN) quando necessita di trattamento chirurgico ambulatoriale prospetta al paziente ed inserisce il paziente su applicativo gestionale lista di attesa, in regime ambulatoriale, o direttamente in agenda autogestita cup, a seconda della tipologia di intervento. In adempimento a DGR 620/2024 si stanno realizzando le nuove liste come facsimile della lista chirurgica ordinaria cioè contenitori con le diverse classi (A B C D) a seconda delle caratteristiche degli interventi (necessità di classificare su classi e quindi tempi di programmazione diversi). Assolve all'obbligo informativo su TdA e sulla parte clinica: consegna modulo consenso informato da firmare il gg dell'intervento.

2. programmazione intervento ambulatoriale

A- se in lista di attesa: chiamata e programmazione intervento ambulatoriale sulla base della classe e della data inserimento in lista quando vi è la pianificazione delle salette. Rimozione dalla lista di attesa e inserimento su agenda cup autogestita (es. cataratte, tunnel carpale, ernie inguinali).
B- se su programmazione diretta durante la visita il medico assegna subito la data e ora appuntamento per intervento di ch. ambulatoriale (es. lipomi)
Sulla base della priorità clinica configurabile degli interventi, le agende hanno dei posti per la classe A e dei posti per la classe B (esempio neoplasie cute), oppure agenda con priorità unica (esempio varicoceli, ernie)

3. riscossione ticket

- a. pagamento a sportello
- b. pagamento a TOTEM in struttura sanitaria
- c. pagamento on line

4. effettuazione intervento chirurgico

1. accettazione accoglienza paziente;
2. ritiro ricevuta del pagamento ticket

2. SPECIFICHE

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

Processo

Gestione delle liste di attesa: visite ed esami diagnostici

Descrizione del Processo

"Il sistema di rilevazione dei tempi di attesa (TDA) monitora ogni settimana le percentuali di prestazioni ambulatoriali prenotate entro i tempi standard regionali. Il monitoraggio si effettua solo sulle prestazioni di primo accesso. 1. prescrizione prestazione ambulatoriale primo accesso con indicazione priorità e quesito clinico 2. prescrizione prestazione ambulatoriale accesso successivo per presa in carico con quesito clinico e indicazione tempo di esecuzione 3. comunicazione del MMG/specialista di informazioni per accesso, compilazione eventuale modulistica anamnestica, comunicazione ed eventuale rilascio modulistica per eventuale preparazione all'esecuzione della prestazione ambulatoriale"

input

prescrizione

output

rilascio di referto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

1. Prenotazione visita o esame diagnostico nel rispetto della classificazione delle priorità del

a. primo accesso tramite sportello cup /farmacia/FSE/CUPTEL
d. accesso successivo al punto di prenotazione interno (CIP, PDPI,...) o direttamente dallo specialista che ha la presa in carico
prenotazione primo accesso: il punto di prenotazione CUP propone il primo appuntamento disponibile in agenda specifica per la prestazione rilevata a sistema in base alle regole di prenotazione che tengono conto del livello di garanzia della prestazione, della priorità indicata, quesito clinico, del bacino di assistenza del paziente con il fine di proporre la prima data disponibile a livello di bacino di riferimento e la prima data disponibile a livello aziendale
prenotazione accesso successivo: il punto di prenotazione interno (CIP, PDPI,...) propone il primo appuntamento disponibile in agenda specifica autogestita per la prestazione rilevata a sistema in base alle regole di prenotazione che tengono conto del quesito clinico, e del tempo di esecuzione
prenotazione di percorsi brevi da parte del privato accreditato nell'ambito di presa in carico prevista in committenza

prenotazione prestazione ambulatoriale in agenda a cura del punto di prenotazione (PDPI o specialista) e rilascio all'utente foglio di promemoria e pagamento ticket

2. la prenotazione non è disponibile: INSERIMENTO IN PRELISTA - PIC

Il cittadino allo sportello cup può avvalersi del sistema di "presa in carico" della prescrizione.
Il sistema PIC è un sistema unico informatizzato che crea una lista di attesa prenotazione per prestazione, il sistema registra i contatti avuti con i pazienti. L'inserimento in PIC garantisce la non scadenza della prescrizione, in quanto il sistema non prevede un termine temporale massimo di "presa in carico". I volumi PIC sono costantemente verificati. Le informazioni dello strumento di presa in carico PRELISTA PIC e delle condizioni (numero max proposte, irreperibilità, cancellazione, tempi) a cura dell'operatore CUP con contestuale consegna/invio foglio informativo
1. indisponibilità prenotativa primo accesso per saturazione agende: l'operatore CUP propone l'inserimento in prelista al paziente
2. disponibilità prenotativa primo accesso oltre il TdA standard: l'operatore CUP propone al paziente l'inserimento in prelista se viene superato il TdA standard di un intervallo di giorni codificato.
3. indisponibilità prenotativa accesso successivo per saturazione agende o TdA oltre quello indicato dalla prescrizione: proposta al paziente di inserimento in prelista accesso successivo a cura del punto CUP/PIC

3. PRELISTA - PIC - gestione

La prelista dei primi accessi e la prelista degli accessi successivi sono gestite rispettivamente Back office e dal PDPI in base all'ordine cronologico di inserimento e la priorità della prescrizione. Il back office ricerca eventuali disponibilità prenotative nelle agende aziendali entro il TdA in assenza delle quali si interfaccia con la DMP e Distretto di afferenza per una disponibilità di offerta ulteriore. Il PDPI ricerca nelle agende autogestite eventuali disponibilità prenotative in assenza delle quali si interfaccia con le Direzioni Mediche di riferimento per una disponibilità di offerta ulteriore. Direzioni Mediche e Distretti in base alle richieste in prelista attivano un aumento di offerta presso sedi erogative pubbliche e/o private accreditate e, in caso di presa in carico, presso le UU.OO. specifiche, al fine di dare risposta agli utenti nei TdA per priorità e nei tempi previsti dalla DGR 620/24. Il back office/PDPI contatta gli utenti in prelista nei tempi previsti e comunica fino a due proposte di appuntamento in base alle disponibilità comunicate dalle Direzioni Mediche fornendo un appuntamento (nel caso della presa in carico l'appuntamento è fornito presso la sede di presa in carico). Il paziente contattato accetta la proposta di appuntamento offerta e dopo avere ricevuto la prenotazione esce dalla prelista. In caso di irreperibilità o di mancata accettazione di 3 proposte l'utente viene cancellato dalla prelista.

4. monitoraggio dei tempi di attesa della specialistica aziendale

Previsto da sistema regionale
1. monitoraggio dei TdA per la rilevazione di eventuali criticità relative a specifiche tipologie di prestazione per sede di erogazione, per specifiche priorità al fine di attivare azioni di contenimento
2. in base alla rilevazione di criticità nei TdA viene previsto una integrazione di offerta ottenuta con apertura di agende in attività aggiuntiva e/o committenza integrativa al privato accreditato

5. riscossione ticket

a. pagamento a sportello
b. pagamento a TOTEM in struttura sanitaria
c. pagamento on line

6. effettuazione della visita/esame diagnostico

ICL

1. GENERALI

Processo

Affidamento del servizio/fornitura

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Valutazione delle offerte di gara o dell'intervento di manutenzione da eseguire

input

Ricezione offerta tecnica da parte del SAM o scaricamento dalla piattaforma Intercent-ER (per beni e servizi di valore < €40.000)

output

Verbali di valutazione offerte o autorizzazione preventivo intervento di manutenzione/nota a contrarre

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Valutazione offerta tecnica di gara

Analisi e valutazione della offerta tecnica presentata in coerenza coi documenti di gara (se previsto tramite commissione giudicatrice).

2. Attivazione di servizi di manutenzione (di valore < €40.000) a seguito di guasto

L'attività è caratterizzata da urgenza (ripristino di apparecchiatura sanitaria in seguito a guasto o richiesta specifica di intervento tecnico) e da necessità di affidare il servizio a manutentori autorizzati o indicati da fabbricante/fornitore, al fine di assicurare che la manutenzione venga eseguita adeguatamente (personale formato, aggiornato e ricambi originali).

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Esecuzione del contratto

Descrizione del Processo

Collaudo apparecchiature e verifica tecnico-contabile sull'esecuzione del contratto

input

Determinazione di affidamento di un contratto e ricezione nuova apparecchiatura

output

Verbale di accettazione apparecchiatura biomedica, verbale di verifica esecuzione, certificato di ultimazione e regolare esecuzione.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Collaudo di accettazione apparecchiature sanitarie

Verifiche di accettazione propedeutiche sia all'autorizzazione all'uso clinico che alla liquidazione della fattura.

2. Verifiche in corso di esecuzione del contratto

Verifica del DEC del rispetto da parte dell'appaltatore delle prescrizioni e disposizioni contenute nei documenti contrattuali.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Predisposizione documenti di gara

Descrizione del Processo

Predisposizione della documentazione di gara

input

Nuova procedura di acquisto

output

Documentazione di gara da trasmettere al SAM o al Dipartimento Tecnico (per beni e servizi di valore < €40.000) per la pubblicazione su piattaforma Intercent-ER

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Consultazione preliminare di mercato/indagine di mercato

Consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche. Indagini di mercato per verifica esclusività

2. Collaborazione/coordinamento gruppo per predisposizione capitolato prestazionale (per

Quantificazione dei fabbisogni di gara, tipologia della procedura, criterio di aggiudicazione (offerta economicamente più vantaggiosa / minor prezzo), elementi di attribuzione del punteggio, caratteristiche tecniche.

3. Predisposizione documentazione amministrativa e capitolato prestazionale per

Predisposizione capitolato prestazionale ed eventuale verifica della documentazione amministrativa.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Programmazione Ingegneria Clinica

Descrizione del Processo

Analisi e definizione dei fabbisogni e predisposizione della programmazione biennale per servizi / forniture

input

Richieste di fabbisogno e/o necessità di fuori uso di apparecchiature sanitarie

output

Informazioni trasmesse al SAM per la redazione del programma biennale di forniture e servizi.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Analisi e definizione dei fabbisogni, ricognizione stato d'uso apparecchiature

Verifica tramite ricognizioni annuali delle richieste di investimenti e dei fabbisogni. Valutazione delle manutenzioni onerose o non garantibili per dare priorità di sostituzione. Formalizzazione dell'elenco delle apparecchiature sanitarie, non utilizzabili/non funzionanti, che verranno escluse dalla gestione UOC Ingegneria Clinica.

2. Programmazione biennale per forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali

La programmazione di beni e servizi di competenza di UOIC viene comunicata al SAM (per valori >€40.000) ed è sottoposta a verifica del Direttore del SAM. Programmazione interna per l'acquisizione beni e servizi di valore < €40.000.

IRCCS

1. GENERALI

Processo

Esecuzione contratti/convenzioni

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Il contratto, la convenzione, l'atto di affidamento vede una successiva fase di rendicontazione, consistente nel monitoraggio delle attività, ai fini della verifica della corrispondenza alle condizioni contrattuali previste (qualità della prestazione e della gestione contabile/amministrativa).

input

Consegna contratto a coloro che sono incaricati della rendicontazione.

output

Relazione finale e saldo importi economici.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Svolgimento delle funzioni del Direttore esecuzione contratto (DEC) relativamente alla

il DEC svolge attività di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dei contratti al fine di verificare il rispetto da parte dell'appaltatore delle prestazioni e disposizioni contenute nei documenti contrattuali. Tiene la contabilità del contratto, effettua il monitoraggio della spesa e i controlli quali-quantitativi sulle prestazioni.

3. Autorizzazione alla liquidazione delle fatture passive

Autorizzazione alla liquidazione da parte del Direttore Amministrativo dell'ISNB alla liquidazione delle fatture inerenti costi di iscrizione dei dipendenti e collaboratori a iniziative.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Descrizione del Processo

Redazione di una nota a contrarre per l'affidamento del servizio (ai sensi dell'art.32 e 36 cc.2 lett a del D.lgs n.50/2016 e indicazioni fornite dal Direttore del servizio Acquisti - Deliberazione n. 185 del 22/5/2017) con tutte le informazioni sul servizio /bene richiesto.
Individuazione di due o tre operatori economici che possono partecipare alla gara.
Richiesta dei relativi preventivi agli operatori economici prescelti.
Protocollo dei preventivi pervenuti e scelta della società con il preventivo più basso.
Invio e compilazione del modulo da parte della società scelta secondo l'art.80 del codice appalti e del modulo per il conto dedicato (legge 136/2010) e codice smart CIG dal sito dell'ANAC. Invio della lettera di incarico all'operatore prescelto per l'affidamento del servizio.

input

Ricezione richiesta

output

Atto di affidamento del servizio/acquisto del bene

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Ricezione richiesta

Validazione da parte della Direzione Amministrativa

2. Espletamento dell'istruttoria

Redazione di una nota a contrarre per l'affidamento del servizio (ai sensi dell'art.32 e 36 cc.2 lett a del D.lgs n.50/2016 e indicazioni fornite dal Direttore del servizio Acquisti - Deliberazione n. 185 del 22/5/2017) con tutte le informazioni sul servizio /bene richiesto.
Individuazione di due o tre operatori economici che possono partecipare alla gara.
Richiesta dei relativi preventivi agli operatori economici prescelti.
Protocollo dei preventivi pervenuti e scelta della società con il preventivo più basso.
Invio e compilazione del modulo da parte della società scelta secondo l'art.80 del codice appalti e del modulo per il conto dedicato (legge 136/2010) e codice smart CIG dal sito dell'ANAC

3. Affidamento del servizio/acquisto beni di valori inferiori a 5.000 euro

Invio della lettera di incarico all'operatore prescelto per l'affidamento del servizio.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Descrizione del Processo

Convenzioni con Università degli studi

input

output

responsabile

Attività

Descrizione dell'attività

1. Procedimento attivato da Azienda - IRCCS- ISNB

La stipula di convenzioni con l'Università degli Studi di Bologna avviene in attuazione di protocolli di intesa, sottoscritti tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli studi della Regione Emilia - Romagna.

2. Espletamento dell'istruttoria attuativa di protocolli sottoscritti da Regione Emilia-

L'accordo è proposto da un apposito gruppo che vede tra i propri componenti: rappresentanti dell'Università degli Studi di Bologna e dell'Azienda IRCCS-ISNB.

L'Azienda USL di Bologna- IRCCS -ISNB condivide con UNIBO il testo dell'accordo attuativo locale (convenzione) del protocollo di intesa regionale, per la disciplina dei reciproci rapporti in materia di:

- modalità di confronto e programmazione congiunta tra Azienda-IRCCS-ISNB e Università;
- attività didattico
- formativo;
- strutture assistenziali e di ricerca;
- personale;
- trasparenza, anticorruzione e tutela dei dati personali;
- accordi per attuazione dell'art.1 comma 431 della Legge 205/2017.

3. Deliberazione di recepimento degli accordi attuativi locali convenzionali sottoscritti da

L'accordo è sottoscritto dalle parti e recepito con atto deliberativo dei rappresentanti legali delle due Istituzioni.

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZA

Processo

Descrizione del Processo

Sponsorizzazioni per progetti di innovazione e ricerca

Approvazione di progetto di ricerca da sponsorizzare da parte della Direzione Aziendale. Pubblicazione dell'avviso pubblico nel sito Aziendale per l'individuazione dello sponsor

input

Progetto da sponsorizzare

output

Liquidazione compensi sponsorizzati

responsabile

Responsabile Struttura

Attività

Descrizione dell'attività

1. Fase Preparatoria

Elaborazione proposta progettuale da parte del Principal Investigator/referente del progetto - approvazione da parte del Direttore di UO

2. Valutazione del progetto

Valutazione e parere della Direzione Istituto/Aziendale in merito alla proposta progettuale

3. Avviso per la ricerca di sponsor

Pubblicazione dell'avviso nel sito Aziendale per l'individuazione dello sponsor - in caso di parere favorevole

4. Ricezione delle offerte - istruttoria documentale

Protocollo delle offerte, redazione della relazione a supporto della valutazione della Direzione -con il coinvolgimento dei servizi coinvolti

5. Verifica assenza conflitto di interessi

Raccolta e valutazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi con il supporto della UO Anticorruzione e trasparenza, del Servizio Amministrazione del Personale SUMAGP. Nel caso di personale Universitario, coinvolgimento del Serv. Amm.ne Personale di UNIBO

6. Valutazione dell'offerta e comunicazione dell'esito allo Sponsor

Valutazione, ed eventuale Accettazione, dell'offerta di sponsorizzazione da parte della Direzione Istituto/Aziendale - Comunicazione allo Sponsor dell'esito

7. Elaborazione del contratto di sponsorizzazione e validazione della Direzione

Redazione e trasmissione della proposta contrattuale allo Sponsor con negoziazione sui contenuti

8. Pubblicazione del contratto

Adozione dell'atto deliberativo - Sottoscrizione del contratto e pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente . Aggiornamento del registro aziendale atti di liberalità

9. Monitoraggio delle attività e gestione contabile - Rendicontazione della

Monitoraggi e rendicontazione attività di progetto- Emissione fatture, verifica incassi, comunicazioni con lo sponsor

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Convenzioni con Università degli studi

Descrizione del Processo

La stipula di convenzioni con l'Università degli Studi di Bologna avviene in attuazione di protocolli di intesa, sottoscritti tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli studi della Regione Emilia - Romagna. L'Azienda USL di Bologna-IRCCS -ISNB condivide con UNIBO il testo dell'accordo attuativo locale (convenzione) del protocollo di intesa regionale, per la disciplina dei reciproci rapporti in materia di :

- modalità di confronto e programmazione congiunta tra Azienda-IRCCS-ISNB e Università;
- attività didattico - formativo;
- strutture assistenziali e di ricerca;
- personale;
- trasparenza, anticorruzione e tutela dei dati personali;
- accordi per attuazione dell'art.1 comma 431 della Legge 205/2017.

L'accordo, proposto da un apposito gruppo che vede tra i propri componenti rappresentanti dell'Università degli Studi di Bologna e dell'Azienda IRCCS-ISNB, è sottoscritto dalle parti e recepito con atto deliberativo dei rappresentanti legali delle due Istituzioni.

input

Si procede d'ufficio su input della Direzione Generale

output

Deliberazione di recepimento della convenzione sottoscritta dalle parti

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

LP

1. GENERALI

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Accertamento requisiti psico-fisici in Commissione Medica Locale (CML) Patenti

Descrizione del Processo

input

output

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

2. Presa in carico del richiedente la prestazione

Il medesimo giorno della visita prenotata presso il CUP, al momento della presentazione allo sportello, il personale di segreteria controlla la correttezza della prenotazione, la completezza della documentazione amministrativa a corredo, ivi compreso il pagamento delle tariffe versate in favore della CML e del Dipartimento Trasporti, e la presenza della certificazione sanitaria specialistica richiesta a seconda del caso specifico. Tramite il Portale dell'automobilista, attraverso apposita procedura telematica, il personale di segreteria effettua la verifica di rinnovabilità della patente (la non presenza, cioè di provvedimenti ostativi al riguardo) ed inserisce in tempo reale i dati relativi al titolare della patente, agli estremi di versamento, la foto e la firma qualora dovuto, ecc.

1. GENERALI

Processo

Autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Regolamentazione aziendale incarichi extra istituzionali; Codice di comportamento; dichiarazione conflitto di interessi e incompatibilità degli incarichi

input

Ricezione domanda su modulo specifico

output

formale autorizzazione o diniego

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. ricezione istanza e valutazione dell'incarico

Recepimento della richiesta da parte dell'UO LP. Verifica formale dei moduli e dei relativi visti e pareri. Istruttoria su incompatibilità o conflitti di interesse

2. autorizzazione all'incarico

Il professionista riceve formale autorizzazione o diniego motivato da UO LP

2. SPECIFICHE

Processo

Attività libero professionale ambulatoriale

Descrizione del Processo

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

input

autorizzazione LP

output

erogazione della prestazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Funzionario

1. Pianificazione/Programmazione attività
Libero Professionale Aziendale

2. Apertura agende dei professionisti
autorizzati

3. Erogazione dell'attività libero professionale
ambulatoriale

4. Elaborazione dei riparti, accantonamento
mensile fondi

5. Controlli sull'attività libero professionale
ambulatoriale erogata

2. SPECIFICHE

Processo

**Attività libero professionale in
regime di ricovero**

Descrizione del Processo

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

input

autorizzazione LP

output

erogazione della prestazione

responsabile

Funzionario

Attività

Descrizione dell'attività

1. proposta informativa al paziente da parte
del medico della modalità di effettuazione del

la proposta la fa il medico del reparto di degenza, la LP verifica la congruenza

2. Emissione del preventivo al paziente per il
ricovero in libera professione

Emissione preventivo al paziente sulla base della richiesta del medico

3. Programmazione ricovero

Verifica spazi/sale disponibili con CPSE Reparto LP, verifica spazi in Piattaforma ALP

4. Ricovero ospedaliero/prestazione chirurgica in libera professione

attività non di competenza LP: Medico/funzioni Tecniche Sanitarie di programmazione e di supporto attività chirurgica/Direzione Sanitaria

5. Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici e sulle

Verifiche soggiorni, orari, timbratura dei medici e sulle prestazioni erogate

2. SPECIFICHE

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

Processo

Autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale

Descrizione del Processo

Il dirigente medico/ sanitario a rapporto esclusivo (sia a tempo indeterminato che a tempo determinato) contatta l'UO LP per le informazioni relative all'attivazione della libera professione intramoenia individuale o d'équipe. L'UO LP fornisce le informazioni richieste, la normativa di riferimento (in particolare, a livello aziendale l'Atto di Disciplina della LP e il Codice di Comportamento) ed invia al professionista il modulo per la compilazione della domanda di attivazione.

input

Richiesta del professionista medico o sanitario di attivazione della LP

output

autorizzazione formale all'esercizio di LP

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. acquisizione della domanda

Il sanitario reinvia all'UO LP la domanda di autorizzazione compilata e controfirmata, per presa visione, dal Direttore di UO di appartenenza. L'UO LP verifica la completezza e correttezza formale della richiesta, nonché la presenza o meno di possibili incompatibilità o conflitti di interesse nell'esercizio della LP. Accertata la correttezza della domanda, l'UO LP la protocolla e predispone le richieste di nulla osta:

- per le prestazioni e i volumi, al Direttore di Dipartimento di appartenenza del professionista;
- per gli spazi e l'eventuale supporto infermieristico necessario, alla Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATER)

2. Acquisizione del parere del Direttore della macrostruttura di appartenenza del richiedente

Acquisiti i pareri previsti, l'UO LP formalizza al sanitario il parere favorevole o l'eventuale diniego all'esercizio della LP

3. Rilascio autorizzazione

L'UO LP protocolla l'autorizzazione e contatta il professionista per la costruzione dell'agenda informatica di prenotazione, registrazione ed incasso dell'attività libero professionale, in conformità con l'autorizzazione (prestazioni, luogo, orari e tariffe). La Direzione infermieristica organizza gli ambulatori ed individua l'eventuale personale di supporto

2. SPECIFICHE

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

Processo

Autorizzazione allo svolgimento di prestazioni professionali occasionali da parte della Dirigenza Medica e Sanitaria

Descrizione del Processo

Ricezione richiesta tramite apposito modulo da parte del medico di effettuazione prestazione sanitaria a pagamento presso strutture private non accreditate o altre strutture del SSN ovvero presso il domicilio del paziente; - Ricezione richiesta tramite apposito modulo da parte dell'Ente e/o del paziente; - Verifica dei presupposti per l'accoglimento delle richieste; - Accoglimento formale delle richieste ovvero motivato diniego all'autorizzazione Normativa nazionale, regionale e regolamentazione aziendale riguardanti prestazioni sanitarie richieste a pagamento da singoli utenti e svolte individualmente o in equipe, presso strutture di altra azienda del S.S.N. o di altre strutture sanitarie non accreditate. In particolare: 1) art. 9 del D.P.C.M. 27/3/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della Dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale"; 2) CC.NN.LL. 8/6/2000 dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria; 3) Deliberazione della Giunta Regionale Emilia - Romagna n. 1131 del 2012, "Attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale – Direttiva alle Aziende

input

Richiesta

output

Autorizzazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricezione della richiesta

Ricezione richiesta tramite apposito modulo da parte del medico di effettuazione prestazione sanitaria a pagamento presso strutture private non accreditate o altre strutture del SSN ovvero presso il domicilio del paziente; - Ricezione richiesta tramite apposito modulo da parte dell'Ente e/o del paziente.

2. Verifica dei presupposti per l'accoglimento

Verifica dei presupposti per l'accoglimento delle richieste.

3. Autorizzazione o diniego

Accoglimento formale delle richieste ovvero motivato diniego all'autorizzazione Normativa nazionale, regionale e regolamentazione aziendale riguardanti prestazioni sanitarie richieste a pagamento da singoli utenti e svolte individualmente o in equipe, presso strutture di altra azienda del S.S.N. o di altre strutture sanitarie non accreditate.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Stipula o rinnovo contratti o convenzioni con terzi richiedenti prestazioni sanitarie e non sanitarie professionali a pagamento

Descrizione del Processo

Recepimento della richiesta di fornitura di prestazioni sanitarie e non, da parte di soggetti terzi.
Analisi e verifica normativa e regolamentare della richiesta e della compatibilità con l'attività istituzionale.
Acquisizione del parere favorevole del Direttore di UOC/ Dipartimento della disciplina delle prestazioni con allegato l'elenco erogatori dell'attività e dichiarazioni di non interferenza con l'attività istituzionale.
Predisposizione determinazione e testo del contratto, approvazione determinazione, acquisizione delle firme del terzo richiedente, dei professionisti coinvolti e del Direttore dell'UOC Libera Professione.

input

ricezione della richiesta

output

sottoscrizione di convenzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Recepimento della richiesta di fornitura di prestazioni sanitarie e non, da parte di

Ricezione della richiesta per la fornitura di prestazioni sanitarie e non, da parte di soggetti terzi sia pubblici che privati. La richiesta deve definire la tipologia di attività, i volumi e i tempi.

2. Analisi e verifica della richiesta (normativa e regolamentare) e della compatibilità con

Prima verifica dell'attinenza della richiesta.

3. Acquisizione del parere favorevole del Direttore di UOC/ Dipartimento della disciplina

Verifiche dei volumi dell'attività istituzionale ai fini della concessione dell'autorizzazione da parte del Direttore dell'Unità Operativa coinvolta.
Recepimento delle disponibilità dei professionisti, i quali aderiscono volontariamente e il Direttore di UO è garante della rotazione sull'espletamento dell'attività richiesta.

4. Predisposizione ed adozione degli atti di convenzione

Stesura della convenzione e predisposizione degli atti conseguenti. Firma della convenzione.

5. Erogazione attività a cura dei Professionisti secondo accordi equie/struttura

mancata coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione

6. Rendicontazione prestazioni mensili ed emissione fattura differita

7. Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici

8. Accantonamento annuale fondo collabora, PEREQUAZIONE, Balduzzi

1. GENERALI

Processo

Accertamento disabilità (Invalidità civile, Handicap EX L. 104/92, Cecità e sordità) e accertamento per collocamento lavorativo disabili EX L. 68/99

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

L'accertamento della disabilità, finalizzato ad ottenere specifici benefici di legge, e l'accertamento ai fini del collocamento lavorativo disabili avviene ad opera di apposite Commissioni mediche istituite presso l'Azienda sanitaria. L'intero procedimento è di competenza dell'INPS provinciale, a cui l'interessato deve presentare domanda e si conclude con la trasmissione da parte dell'INPS del verbale di visita al richiedente. All'interno di tale procedura l'Azienda sanitaria (in particolare la Medicina Legale) interviene, ai sensi della vigente normativa, per quanto concerne l'effettuazione della visita medica collegiale e la conseguente redazione del verbale.

Le Commissioni disabili sono costituite - con provvedimento delegato del Direttore Generale - ai sensi della LR 4/2008, e in rappresentanza delle diverse professionalità devono esprimere una adeguata valutazione dei bisogni socio-sanitari derivanti dalla disabilità. In particolare le Commissioni sono costituite da: un medico legale (in qualità di presidente) afferente alla UO Medicina Legale; un medico specialista nella patologia oggetto della valutazione, dipendente o convenzionato con l'AUSL Bologna; un operatore sociale dei servizi pubblici territoriali competenti; un medico in rappresentanza dell'associazione di categoria del richiedente, designato dalla medesima associazione; un medico del lavoro (nel caso di accertamenti ex L. 68/99), dipendente o convenzionato con l'AUSL Bologna. Tali commissioni deliberano validamente in presenza del presidente e di due componenti. A partire dal 2010 le Commissioni disabili sono integrate da un medico dell'INPS, quale componente effettivo, designato di volta in volta a rotazione dall'Istituto, tra quelli in servizio presso l'ente. La composizione delle Commissioni mediche integrate varia, ovviamente, in funzione del tipo di disabilità richiesta dal cittadino; la presenza dei vari componenti all'interno delle Commissioni varia a seconda dei calendari fissati in quanto le predette Commissioni operano in almeno sette sedi diverse all'interno del territorio aziendale ed operano spesso in contemporanea. Il richiedente ha facoltà di farsi accompagnare alla visita da un proprio medico di fiducia.

input

Presa in carico domanda presentata dall'interessato all'INPS

output

Redazione verbale di accertamento disabilità nel sistema RURER

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Presa in carico della domanda di disabilità trasmissa dall'INPS e convocazione a visita

La domanda di disabilità presentata dal richiedente in via telematica all'INPS - a cui fa capo l'intero procedimento - territorialmente competente in base al luogo di residenza dell'interessato, viene trasmessa tramite il sistema RURER (Repository Unico Regione Emilia Romagna, il software regionale di gestione degli accertamenti di disabilità) alle segreterie delle varie sedi delle Commissioni dislocate sul territorio aziendale. Le segreterie provvedono a prendere in carico le varie domande, ad esaminare la tipologia della richiesta di disabilità, a verificare l'eventuale presenza di trattamenti per patologia oncologica (che prevede ai sensi della L. 80/2006 un iter accelerato, con convocazione a visita entro 15 gg. dalla presentazione della domanda), a controllare l'eventuale richiesta di visita domiciliare ed a valutarne la fondatezza sulla base dei requisiti previsti dalla normativa. Al termine della valutazione complessiva della pratica, il richiedente viene convocato (generalmente tramite posta, nei casi più urgenti anche tramite mail/telefono) a visita, sulla base dei calendari predefiniti dalla segreteria medesima in accordo con i Presidenti delle Commissioni.

2. Accertamento medico collegiale in merito al riconoscimento della disabilità

L'accertamento medico legale avanti la Commissione medica integrata prevede la disamina della documentazione specialistica prodotta dall'interessato, oltre alla visita del richiedente che, a seconda delle esigenze specifiche dei singoli casi, può essere rappresentata anche da un colloquio atto a valutare le funzioni superiori, psichiche e/o cognitive. La Commissione ha facoltà di richiedere, se lo ritiene necessario, ulteriori accertamenti specialistici, clinici o strumentali. Nel caso l'accertamento è sospeso sino al reinserimento del richiedente in una nuova sessione di valutazione collegiale, che dovrà rivalutare il caso oggetto dell'approfondimento. Nel caso di patologie modificabili nel tempo la Commissione può stabilire una data nella quale effettuare una nuova visita collegiale di revisione. Il verbale di accertamento medico legale della disabilità è redatto in via informatica tramite il RURER, stampato in duplice copia, firmato in originale dai componenti la Commissione, conservati agli atti (è possibile consegnare all'istante al richiedente un verbale provvisorio solo in caso di patologia oncologica ex L. 80/2006, che ha immediata efficacia per i benefici da esso derivanti) e può essere approvato all'unanimità o a maggioranza. L'INPS provvede ad acquisire i verbali all'interno del sistema RURER: quelli approvati all'unanimità vengono validati e notificati al richiedente dal medesimo Istituto; per quelli approvati a maggioranza viene sospeso l'invio al richiedente, viene acquisita dall'Azienda USL la documentazione sanitaria, e viene validato il verbale oppure chiamato il richiedente a visita diretta presso il Centro Medico Legale dell'INPS. Resta ferma la possibilità per l'INPS di non validare il verbale (nel caso si dovessero riscontrare elementi tali da non permetterlo) anche in caso di sua approvazione all'unanimità. Contestualmente alla notifica del verbale da parte dell'INPS, laddove dal riconoscimento possa derivare un beneficio economico, sarà attivato da parte di predetto Ente (titolare della funzione concessoria) il flusso amministrativo per l'erogazione dello stesso.

3. Riesame dell'accertamento a seguito di apposta istanza dell'interessato

Nel caso in cui l'interessato non condivida il giudizio formulato dalla Commissione medica integrata dell'Azienda USL, ha facoltà di proporre alla Commissione aziendale una istanza di riesame, ai sensi della LR 4/2008, entro il termine di 60 gg. dalla notifica del verbale. Il caso deve essere rivalutato entro il termine di 30 gg. dalla richiesta di riesame e la Commissione di accertamento dovrà essere costituita interamente da componenti diversi da quelli che hanno espresso la valutazione di cui si chiede il riesame. Il nuovo verbale viene inserito nel RURER e segue il medesimo iter del verbale di prima istanza.

1. GENERALI

Processo

Accertamento requisiti psico-fisici in Commissione Medica Locale (CML) Patenti

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

La Commissione Medica Locale (CML) è costituita in ogni singola Azienda sanitaria della RER presso i Servizi di Medicina Legale, ai sensi del DGPR della RER 18 settembre 2015, n. 170 e provvede all'accertamento dei requisiti fisici e psichici relativi a rilascio, conferma di validità, revisione della patente di guida, nei casi previsti dal Codice della Strada e s.i.m. La CML è composta da un presidente (nominato direttamente con il DGPR sopra richiamato) e da due membri appartenenti ad amministrazioni pubbliche diverse. Qualora l'accertamento sia richiesto da soggetti con problematiche alcool correlate, la composizione della CML è integrata da un medico alcolologo del SSR. Qualora l'accertamento sia richiesto da persone che presentino situazioni di mutilazione o minorazione fisica, la CML è integrata da un medico appartenente ai Servizi territoriali della riabilitazione, nonché da un ingegnere appartenente alla Motorizzazione Civile. I componenti della CML esterni al Servizio di Medicina Legale vengono designati dalle rispettive amministrazioni di appartenenza e nominati con provvedimento del Direttore dell'UO Medicina Legale. I membri appartenenti al Servizio di Medicina Legale forniscono la loro disponibilità a prestare la propria attività in seno alla CML (le cui sedute avvengono di norma al di fuori dell'orario di lavoro a fronte di un compenso per ogni visita effettuata pari al 90% dei diritti versati dall'utente) e vengono nominati con provvedimento del Direttore dell'UO Medicina Legale. I membri ruotano la loro presenza all'interno della CML sulla base di un calendario mensile appositamente predisposto che tiene conto della frequenza delle sedute (di norma giornaliere) e delle disponibilità fornite dagli stessi componenti. Le modalità che seguono la visita medica in seno alla CML sono conformi ad una procedura standard, disciplinata da appositi Decreti ministeriali, che prevede l'esperimento di modalità telematiche contestuali alla visita tramite l'apposito Portale dell'automobilista, del Dipartimento per i Trasporti e la Navigazione – Min. Infrastrutture e Mobilità Sostenibile.

input

Prenotazione visita medica

output

Rilascio ricevuta trasmissione relazione medica (rinnovo) o rilascio attestazione possesso requisiti psico-fisici (conseguimento/revisione)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Prenotazione visita medica

La richiesta di visita medica avanti la CML va effettuata dall'interessato presso gli sportelli CUP, che eseguono la prenotazione sulla scorta delle agende fornite dalla CML e che riportano sia le disponibilità sia gli orari e le date di apertura/chiusura della Commissione.

Il CUP consegna contestualmente all'interessato il foglio di prenotazione con data ed orario della visita nonché tutta la modulistica che riporta le istruzioni e le indicazioni utili, specifiche a seconda della motivazione per la quale viene richiesto l'accertamento.

3. Effettuazione visita medica e rilascio ricevuta/certificazione

La CML all'atto della visita medica dell'interessato inserisce contestualmente, tramite il Portale dell'Automobilista, i dati concernenti la visita, le eventuali prescrizioni, l'eventuale validità ridotta, l'eventuale necessità di adattamenti dell'autovettura, ecc.

La procedura si conclude con il rilascio immediato all'interessato: 1) in caso di conferma di validità, della ricevuta di trasmissione della relazione medica tramite il predetto Portale (alla quale farà seguito - entro pochi giorni - l'invio da parte del Ministero della patente alla residenza dell'interessato) e con la quale risulta possibile, nel frattempo, circolare; 2) in caso di conseguimento o revisione della patente di guida, dell'attestazione del possesso dei requisiti psico-fisici.

4. Liquidazione dei compensi

I membri appartenenti al Servizio di Medicina Legale forniscono la loro disponibilità a prestare la propria attività in seno alla CML (le cui sedute avvengono di norma al di fuori dell'orario di lavoro a fronte di un compenso per ogni visita effettuata pari al 90% dei diritti versati dall'utente) e vengono nominati con provvedimento del Direttore dell'UO Medicina Legale. I membri ruotano la loro presenza all'interno della CML sulla base di un calendario mensile appositamente predisposto che tiene conto della frequenza delle sedute (di norma giornaliere) e delle disponibilità fornite dagli stessi componenti. Le modalità che seguono la visita medica in seno alla CML sono conformi ad una procedura standard, disciplinata da appositi Decreti ministeriali, che prevede l'esperimento di modalità telematiche contestuali alla visita tramite l'apposito Portale dell'automobilista, del Dipartimento per i Trasporti e la Navigazione – Min. Infrastrutture e Mobilità Sostenibile.

1. GENERALI

Processo

Attività certificativa medico legale individuale e collegiale

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

L'UO Medicina Legale e Risk Management si occupa degli accertamenti sanitari (sia individuali che collegiali) - previsti dalla normativa vigente e richiesti sia dagli interessati sia da Amministrazioni pubbliche o datori di lavoro privati - e del successivo rilascio delle certificazioni medico legali. Le certificazioni rilasciate possono ricadere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – che comprendono le prestazioni che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro compartecipazione della spesa (ticket), come ad esempio le certificazioni di idoneità all'affidamento ed adozione dei minori oppure per rilascio del contrassegno auto invalidi – oppure essere erogate su istanza e nell'interesse dell'utente e per le quali è previsto il pagamento di una apposita tariffa definita a livello regionale (ad esempio certificazione per conferma validità patente di guida, per il porto/detenzione armi, ecc...). La normativa prevede che alcune tra le prestazioni in parola debbono essere eseguite non dal medico legale individuale, ma da appositi Collegi medici (la cui composizione prevede, in alcuni casi, la presenza di figure specialistiche o di medici di altre istituzioni pubbliche, come INPS). Le certificazioni medico legali collegiali sono quelle relative alla idoneità alla mansione, alla dispensa dal servizio, al ricorso per inidoneità al porto d'armi.

La richiesta della prestazione medico legale, individuale o collegiale, può avvenire a seconda dei casi specifici tramite prenotazione della visita a CUP o tramite prenotazione diretta presso il Servizio.

input

Richiesta prestazione

output

Rilascio certificato medico legale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Richiesta prestazione

1) attività certificativa medico legale individuale: la richiesta della prestazione avviene tramite prenotazione libera presso gli sportelli CUP, sulla base delle agende fornite dal Servizio e relative a disponibilità, date ed orari di erogazione delle attività. Il CUP inserisce i dati dell'utente su apposito programma consultabile dal Servizio e rilascia all'interessato il promemoria dell'appuntamento, insieme alle indicazioni utili per fruire della prestazione e, se la stessa è soggetta al pagamento di una tariffa, anche alle modalità di pagamento 2) attività certificativa medico legale collegiale: la richiesta della prestazione avviene tramite domanda da depositare direttamente (o tramite servizio postale/PEC) presso le sedi del Servizio da parte dell'interessato o, per le idoneità lavorative, del datore di lavoro pubblico/privato. Gli interessati vengono convocati direttamente nella giornata ed ora della seduta collegiale. Le date delle sedute (generalmente una/due al mese, anche in relazione al numero delle richieste pervenute) vengono decise di comune accordo in base alla disponibilità dei medici coinvolti. Nel caso di prestazione richiesta dal diretto interessato l'eventuale pagamento della tariffa avviene direttamente a cassa CUP sulla base di distinta fornita al momento della visita. Nel caso di prestazione richiesta dal datore di lavoro pubblico/privato la tariffa viene fatturata una volta terminato l'iter procedurale.

2. Visita medico legale

1) attività certificativa medico legale individuale: la visita medico legale viene effettuata da un medico del Servizio presso le sedi ambulatoriali dell'ambito territoriale aziendale, sulla base dei tabulati CUP di prenotazione, secondo un calendario mensile di programmazione delle attività dei professionisti medici 2) attività certificativa medico legale collegiale: la visita medico legale viene effettuata da un Collegio medico, composto da un presidente (specialista in medicina legale), da un componente (specialista in medicina legale), da un componente (specialista in psichiatria) e, nel caso di visita per dispensa dal servizio, anche da un componente medico appartenente all'INPS. Le decisioni vengono prese a maggioranza. La presenza all'interno del collegio medico varia in relazione ad un calendario mensile di programmazione delle attività dei professionisti medici.

3. Rilascio certificato medico legale

1) attività certificativa medico legale individuale: in relazione alla tipologia di certificazione richiesta dall'interessato, il certificato può essere consegnato direttamente all'utente al termine della visita oppure inviato successivamente tramite il servizio postale 2) attività certificativa medico legale collegiale: il verbale di visita medico collegiale viene inviato successivamente alla visita medica a chi abbia presentato la richiesta (interessato o datore di lavoro pubblico/privato). In entrambi i casi la consegna della certificazione è sempre differita rispetto al momento della prestazione, qualora si rendessero necessari nel corso della visita medica ulteriori approfondimenti di natura sanitaria o meno.

1. GENERALI

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Attività di Pronta Disponibilità

Descrizione del Processo

Alcune attività del Servizio prevedono uno svolgimento in pronta disponibilità; in particolare: 1) Pronto Soccorso Vittime di Violenza Sessuale (PSVS); trattasi di un'attività – disciplinata dalla relativa procedura interaziendale – rivolta alla assistenza di vittime di violenza sessuale al di sopra dei 14 anni di età (per età inferiori la competenza è dell'UO Pediatria dell'AOU S. Orsola), che abbiano aderito ad apposito protocollo. Le modalità di svolgimento sono quelle di consulenza telefonica richiesta dal ginecologo che ha in carico il caso oppure di visita vera e propria. A seguito di quanto sopra va precisato che il compito del medico legale è quello di fornire indicazioni al ginecologo sulla necessità di fare denuncia all'A.G., di interfacciarsi con la P.S. se presente, di supportare i medici per la conservazione dei reperti, ecc. I turni di P.D. vanno dalle 16 alle 20 e dalle 20 alle 08 nei giorni dal lunedì al venerdì, 08-20 e 20-08 nei giorni di sabato, domenica e festivi. 2) Collegio medico per accertamento morte cerebrale: il processo è relativo all'accertamento di morte encefalica (ME), ai fini della possibilità di donazione di organi e tessuti. Il Collegio medico è composto da un neurologo, un rianimatore e da un medico legale/anatomo patologo e si tiene presso l'Ospedale Bellaria. Il Collegio, nel caso venga attivata la reperibilità, resta riunito per 6 ore durante le quali vengono effettuate apposite valutazioni atte ad accertare che non vi sia una ripresa delle attività vitali del paziente. I turni di P.D. vanno dalle 16 alle 20 e dalle 20 alle 08 nei giorni dal lunedì al venerdì, 08-20 e 20-08 nei giorni di sabato, domenica e festivi. La Medicina legale (in alternativa all'Anatomia Patologica) copre circa il 50% dei turni. 3) Accertamento necroscopico nelle giornate di sabato, domenica e festivi dalle ore 08 alle ore 20: per la descrizione del processo e dell'attività si rimanda all'apposita scheda relativa alla medicina necroscopica.

La turnazione dei medici legali del Servizio avviene in base ad apposito calendario delle reperibilità, dal quale risultano esclusi i medici che abbiano a qualsiasi titolo esenzione dall'obbligo della pronta disponibilità.

input

contatto telefonico del medico reperibile

output

redazione certificazioni previste per le singole fattispecie

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Richiesta intervento ed esecuzione della prestazione

1) Pronto Soccorso Vittime di Violenza Sessuale (PSVS): a seguito di contatto telefonico da parte del ginecologo – nel caso in cui questi nutra dubbi sulla procedibilità d'ufficio che prevede in ogni caso la comunicazione/notifica della violenza all'A.G. o a fronte di riscontro di lesioni extra genitali di difficile interpretazione – il medico legale può effettuare una consulenza telefonica oppure, se la fattispecie lo richiede, recarsi di persona per la visita della presunta vittima di violenza sessuale. In questo frangente raccoglie le informazioni del paziente sull'accaduto, fornisce indicazioni al ginecologo sulla necessità o meno di effettuare denuncia all'A.G., se autorizzato riprende foto, supporta gli altri medici per quanto riguarda la conservazione di reperti/indumenti, si interfaccia con la PS se presente 2) Collegio medico per accertamento morte cerebrale: qualora venga attivata la reperibilità il medico legale deve recarsi presso l'UO Neuro Rianimazione – OB per la formazione del Collegio medico multidisciplinare. Il Collegio resta riunito per sei ore, durante le quali vengono effettuate due valutazioni (una all'inizio ed una alla fine del periodo di accertamento), che riguardano appositi esami volti ad accertare non vi sia una ripresa delle attività vitali del paziente. 3) Accertamento necroscopico: si rimanda all'attività descritta nella scheda relativa alla Medicina necroscopica

2. Redazione certificazioni e documentazione prevista nelle singole fattispecie

1) Pronto Soccorso Vittime di Violenza Sessuale (PSVS): il medico legale, qualora si sia recato in ospedale per la visita della presunta vittima di violenza sessuale, provvede a compilare gli allegati previsti dalla procedura per le parti di competenza 2) Collegio medico per accertamento morte cerebrale: effettuata la seconda valutazione al termine del periodo di osservazione di sei ore viene redatto l'apposito verbale attestante l'esecuzione della procedura prevista dalla legge nonché l'accertamento collegiale della morte encefalica, che viene firmato dai componenti il Collegio medico. Tale verbale viene inserito nella cartella clinica relativa al paziente. Il medico legale, in tale fattispecie, provvede anche a redigere il certificato ISTAT di morte e l'accertamento necroscopico da inviare all'Ufficio di stato Civile del Comune 3) Accertamento necroscopico: si rimanda all'attività descritta nella scheda relativa alla Medicina necroscopica

1. GENERALI

Processo

Gestione del Rischio/RISK MANAGEMENT

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Descrizione del Processo

La tematica del rischio, in accordo con la normativa nazionale vigente, è stata trattata dalla Regione Emilia-Romagna mediante la produzione di linee di indirizzo e la costituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. Il rischio di incorrere in errori nell'erogazione della prestazione sanitaria al paziente, compromettendo qualità e sicurezza delle stesse oltre che minando alla base il rapporto di fiducia tra cittadino e professionista sanitario, rappresenta una eventualità non infrequente in Sanità dato che si tratta, come noto, di un sistema complesso (HRO). Per potere gestire tale sistema è necessario utilizzare il classico paradigma della Gestione del Rischio: conosco-gestisco-controllo. Dopo aver identificato i fattori di rischio di un determinato processo, sarà necessario mettere in campo i necessari interventi preventivi in modo da avere un processo più sicuro; periodicamente sarà opportuno verificare il processo, i fattori di rischio presenti e la congruità degli interventi messi in campo. In altri termini si tratta di sviluppare un'organizzazione con meccanismi volti ad affrontare eventi critici migliorando i processi, focalizzandosi sulla comprensione delle cause che li hanno generati e sugli interventi preventivi, anche tramite condivisione degli eventi e azioni di benchmark con strutture simili. Questa attività è in carico al Risk Manager aziendale che è il Direttore della UOC Medicina Legale e Risk Management. A supporto di questa attività è stata creata una struttura interna alla Medicina Legale (Team risk - Nucleo operativo di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure) che si occupa dell'analisi e dello sviluppo di queste tematiche. Il Team Risk, tra le altre cose, collabora alla stesura del Piano Programma aziendale per la sicurezza delle cure e della gestione del rischio, rileva le criticità riguardo alla sicurezza delle cure mediante il governo dei flussi informativi esistenti, supporta la rete di facilitazione nella formazione nell'analisi degli eventi e nella valutazione e monitoraggio dei risultati scaturiti dall'analisi. Elabora infine, in ottemperanza alla normativa nazionale, un report annuale (Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento) che viene pubblicato sul sito della AUSL. Per quanto concerne la rilevazione e la comunicazione degli eventi (evento avverso/quasi evento, eventi critici/eventi sentinella e cadute in ambito ospedaliero) si fa riferimento alle diverse procedure aziendali in argomento.

input

Segnalazione evento sentinella o di un evento quasi evento, di una caduta

output

azioni correttive da mettere in campo a seguito dell'audit e loro monitoraggio per un miglioramento qualitativo dei processi- Relazione alla RER e report annuale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione degli eventi che hanno attinenza al rischio clinico - Segnalazioni

Segnalazione da parte del personale coinvolto o che viene a conoscenza di:
-evento avverso/quasi evento (fino a gravità 6 -incident reporting-Procedura 156), eventi critici/eventi sentinella (gravità 7/8 -incident reporting – si tratta di decessi e fatti gravi quali procedure sbagliate sul paziente, procedure su paziente sbagliato, ecc.),
-cadute in ambiente ospedaliero,
-eventi meno gravi però numerosi verificatisi all'interno delle strutture della AUSL durante lo svolgimento dell'attività sanitaria.
Vanno segnalati anche eventi connessi al malfunzionamento di dispositivi medici. Il personale deve compilare una scheda di cui alla procedura aziendale.
Gli eventi sentinella devono essere segnalati anche sul portale del Ministero della Salute ed il Team Risk deve organizzare una analisi approfondita dell'evento come richiesto dalla legge. L'analisi che viene effettuata coinvolge sia il personale che ha fatto la segnalazione sia gli apicali.

2. Valutazione e gestione dell'evento sentinella

Ogni segnalazione pervenuta viene valutata dal Team Risk. In base alla tipologia di segnalazione ed all'esito conseguente alla stessa si potrà procedere alla archiviazione o ad un approfondimento di analisi.
L'analisi approfondita, eseguita tramite format più o meno strutturati a seconda della tipologia di evento; richiede il coinvolgimento della Rete Aziendale di Facilitatori e Referenti del Rischio, oltre che degli operatori che hanno effettuato la segnalazione.
Possono essere necessarie relazioni integrative e/o sopralluoghi per meglio comprendere lo svolgimento dei fatti e/o il coinvolgimento di altre UUOO.

3. Focus di approfondimento e definizione delle attività da svolgere per identificare i

La valutazione/analisi dell'evento ha l'obiettivo di evitare il riaccadimento di eventi simili ad altri pazienti e di minimizzare il danno di immagine per l'azienda e si esplicita nella ricostruzione dei fatti e delle possibili cause dell'evento, ponendo particolare rilievo alle criticità rilevate.
Dopo la fase di analisi e ricerca delle cause il gruppo di lavoro identifica le azioni di miglioramento da mettere in atto per calmierare il rischio di ricadimento; questo determina una riduzione del rischio di contenzioso ed in una diminuzione dell'esborso monetario conseguente.
Ogni azione di miglioramento messa in atto sarà soggetta a periodica verifica da cui potrà generarsi una ulteriore azione correttiva.
Dal luglio 2020 le segnalazioni degli eventi vengono inserite in un Data base aziendale dedicato; periodicamente i dati vengono restituiti alle UUOO come report di attività.

1. GENERALI

Processo

Gestione diretta dei sinistri

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Descrizione del Processo

Il processo di che trattasi è relativo alla gestione diretta dei sinistri occorsi a danno di terzi e riconducibili all'attività dell'Azienda USL. Il sinistro viene reso noto dell'AUSL a seguito del ricevimento della richiesta di risarcimento danni da parte del terzo (paziente o aventi causa) e tramite procedimenti civili e/o penali aperti presso gli uffici giudiziari. La richiesta di risarcimento danni viene notificata agli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro a scopo partecipativo in modo che possano formulare osservazioni e valutazioni riguardo al sinistro (art. 13 Legge Gelli).

Le attività di gestione del Contenzioso da aprile 2016, anno di partenza della gestione diretta dei sinistri, sono previste in molteplici Delibere della Regione ER che forniscono indicazioni operative circa le fasi del processo di gestione dei sinistri ed individuano, per ciascuna fase, modalità di gestione, indicazioni "organizzative" individuando le risorse necessarie e la disciplina delle relazioni fra le diverse U.O coinvolte (in particolare Uo Medicina Legale e Uo Affari Generali e Legali).

In primis è necessaria l'acquisizione di tutta la documentazione sanitaria relativa al caso da istruire e/o eventuale visita medico-legale del richiedente. Il Direttore della UOC Medicina Legale, nell'ottica di un'equa distribuzione delle attività all'interno del servizio assegna ad un medico legale il caso per la relativa istruttoria. Il parere, che verrà emesso a firma del medico legale e del Direttore della UO, ha ad oggetto l'analisi del dato storico-clinico e dell'aspetto valutativo anche mediante consultazione di manuali e tabelle di Barème per la valutazione del danno biologico. Una volta firmato il parere viene inoltrato all'Ufficio Legale per la discussione collegiale in seno al CVS (organo composto da figure dal profilo legale, assicurativo e medico legale).

Per i sinistri valutati per un importo superiore a 250.000 € la procedura regionale prevede l'invio al NRVS, organo collegiale competente per questa fascia di risarcimenti, per il parere di spettanza.

Per quanto riguarda i sinistri precedenti alla gestione diretta (prima dell'aprile 2016) non ancora definiti, gli stessi restano in capo alla Compagnia Assicurativa. Si tratta di procedimenti pendenti sia civili sia penali per i quali la UOC Medicina Legale deve seguire l'iter producendo pareri medico legali o partecipando alle CTU, anche insieme ai medici specialisti, per conto della AUSL.

input

richiesta danni da parte dell'utenza

output

Parere medico legale e decisione CVS

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Apertura sinistro

Il sinistro si apre con l'attribuzione di un numero identificativo in seguito al ricevimento da parte dell'Azienda USL di una richiesta di risarcimento danni, di una istanza di mediazione ai sensi e per gli effetti del Dlgs 28/2010, di un ricorso per accertamento tecnico preventivo, di una citazione in giudizio, di una chiamata in causa e di una notifica di un'indagine penale da parte delle Autorità competenti. In questa prima fase l'UO Medicina legale insieme all'UO Affari Generali e Legali interagiscono e coordinano le attività per una preliminare valutazione del sinistro (che darà luogo in prima battuta alla redazione della scheda preistruttoria del sinistro). In pratica si provvede alla raccolta della necessaria documentazione sanitaria, sia attraverso i Presidi Ospedalieri, sia direttamente da controparte. In pratica per la documentazione AUSL viene richiesto ai Presidi di inviare o di mettere a disposizione su cartelle condivise con la Medicina Legale e gli Affari Gen. e Legali tutta la documentazione reperita. Anche qualora l'apertura del sinistro avvenga in seguito ad atto giudiziario (citazione o accertamento tecnico preventivo) il servizio UO Affari Generali e Legali provvede al tempestivo inoltro dell'atto alla UO di Medicina Legale per l'individuazione del personale coinvolto ex art. 13 Legge Gelli e per consentire alla UO Medicina legale di iniziare quanto prima un'istruttoria del sinistro utile alla costituzione in giudizio.

2. Fase istruttoria

Le attività della fase istruttoria sono preordinate:

- a) alla verifica di tutta la documentazione sanitaria acquisita,
- b) alla successiva interpretazione di quanto acquisito al fine di:
 - 1) determinare la sussistenza di una responsabilità della AUSL nella cura del paziente
 - 2) stimare l'entità dei danni subiti dallo stesso
 - 3) quantificare il valore economico del sinistro.

In questa fase si completa l'istruttoria medico legale del caso e si individua anche il personale sanitario coinvolto, se possibile, ai fini delle comunicazioni ex art. 13 della legge Gelli. La UO Medicina Legale per la redazione della scheda preistruttoria e del parere medico legale solitamente si avvale anche di specialisti terzi interni all'azienda che hanno dato la disponibilità per la redazione dei pareri e sono quindi iscritti all'elenco specialisti della AUSL. Se ritenuto opportuno, il medico legale può convocare a visita diretta il paziente. La fase termina con la redazione da parte del medico istruttore, della scheda preistruttoria e del parere medico legale, documenti firmati dal medico stesso e dal Direttore della UOC.

3. Fase decisoria

Il parere medico legale, ed in precedenza la scheda preistruttoria, vengono protocollati dalla UO Medicina Legale ed inviati all'UO Affari Generali e Legali. Le principali informazioni contenute nel parere medico legale devono essere inserite nel Data Base Regionale per la parte sanitaria dal medico legale istruttore, come richiesto dalle procedure. Nei termini previsti per il compimento della fase istruttoria, la posizione oggetto di richiesta risarcitoria deve essere definita in sede di CVS (Comitato Valutazione Sinistri) che si riunisce di norma una volta al mese. Il CVS, organo collegiale composto dal Direttore UO Med. Legale, dal Dir. UO Affari Generali e Legali, dal Resp. Ufficio Assicurazioni e dal legale referente del sinistro e dal medico istruttore, svolge la funzione di garantire una valutazione equa del sinistro e di favorire, se del caso, la transazione extragiudiziale. La fase decisoria si conclude quindi con la comunicazione al richiedente di rigetto dell'istanza o con l'inizio delle trattative informali, attività di spettanza della UO Affari Generali e Legali.

4. Richiesta di parere al NRVS (se del caso)

Per i sinistri che all'esito dell'istruttoria siano valutati sopra la soglia di competenza aziendale (ovvero superino i 250.000,00 €) gli stessi devono essere trasmessi al Nucleo Regionale di Valutazione Sinistri (NRVS), organo della Giunta Regionale di cui attualmente fa parte il Direttore della UOC Medicina Legale. Dovrà essere inviata al NRVS tutta la documentazione sanitaria relativa al sinistro, ivi compreso il verbale del CVS. Il NRVS emetterà un parere sul caso in discussione che verrà comunicato alla AUSL che ne dovrà tener conto per la definizione del sinistro.

1. GENERALI

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Indennizzi per danni da trasfusioni e vaccinazioni EX LEGGE 210/92

Descrizione del Processo

Il processo è finalizzato ad un riconoscimento economico previsto dalla legge 210/92 e s.i.m. in favore di soggetti – che ne facciano richiesta - danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazione di derivati. Le funzioni relative a tale procedimento sono state trasferite nel 2000 dal Ministero della Salute alle Regioni. Successivamente, a seguito della LR 2/2002 le funzioni ed i compiti amministrativi in materia sono stati trasferiti dalla Regione Emilia-Romagna alle Aziende sanitarie della regione, dando mandato alle medesime Aziende di provvedere periodicamente a rendicontare gli importi degli indennizzi riconosciuti al fine di ottenere le risorse finanziarie necessarie

input

Presentazione istanza da parte dell'interessato

output

Erogazione di beneficio economico in caso di giudizio medico legale positivo
Notifica verbale in caso di giudizio medico legale negativo

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

1. Istruttoria della domanda

La domanda viene protocollata in arrivo.
Viene predisposto il fascicolo contenente tutta la documentazione amministrativa richiesta caso per caso e tutta la documentazione sanitaria specifica per le diverse tipologie di beneficiari - prevista dalle Linee Guida Interregionali (approvate in sede di Conferenza Stato Regioni in data 01/08/2002) – al fine dell'espressione del giudizio-medico legale da parte di un ente esterno (Commissione Medica Ospedaliera militare del territorio di competenza). La documentazione sanitaria deve comprovare l'evento dannoso, la menomazione psico-fisica subita, la data del manifestarsi della menomazione permanente.
In sede di istruttoria la mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge (es. danno causato da struttura sanitaria straniera, mancanza di prova documentale del danno subito, mancanza di requisiti soggettivi, ecc...) comporta l'archiviazione della pratica, previa comunicazione motivata all'interessato.
La pratica completa viene trasmessa alla CMO territorialmente competente, che si esprimerà tramite un verbale contenente il giudizio medico-legale in relazione al nesso di causalità, alla tempestività della domanda ed all'ascrivibilità tabellare della patologia. Il verbale viene infine trasmesso all'Azienda USL competente.

2. Notifica del giudizio medico-legale

Il verbale contenente il giudizio medico- legale della CMO viene acquisito e successivamente trasmesso mediante raccomandata A.R./ PEC all'interessato, unitamente a lettera di accompagnamento.
In caso di giudizio positivo vengono richieste le informazioni necessarie per la predisposizione dell'erogazione del beneficio economico.
In caso di giudizio negativo da parte della CMO si informa l'interessato della facoltà di presentare entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica ricorso amministrativo direttamente al Ministero della Salute.

3. Erogazione del beneficio economico

In caso di esito positivo si provvede alla liquidazione delle varie tipologie di benefici economici previsti dalla normativa, in unica soluzione (una tantum/rateo eredi) o con rate bimestrali posticipate (indennizzo/assegno reversibile per 15 anni). Dopo aver quantificato l'importo del beneficio economico - tramite le apposite tabelle predisposte annualmente dal Ministero della Salute - si provvede ad acquisire la documentazione amministrativa pertinente e si predispone la liquidazione attraverso i software aziendali. Il SUMCF provvede all'emissione dei mandati di pagamento, liquidati dal Tesoriere aziendale.
Per i pagamenti periodici si provvede ad intervalli regolari ad accertare presso gli uffici comunali competenti l'esistenza in vita dei beneficiari.

1. GENERALI

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Processo

Medicina necroscopica

Descrizione del Processo

Ai sensi del Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR n. 285/90) e successive integrazioni e modifiche le funzioni di medico necroscopo sono esercitate da un medico nominato dall'Azienda sanitaria competente; negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal Direttore sanitario o da un medico da lui delegato. Le strutture di Medicina Legale delle Aziende sanitarie garantiscono le funzioni di coordinamento, di consulenza e di supervisione delle attività di medicina necroscopica, definendo le procedure di espletamento dell'attività stessa, oltre a compiere direttamente gli accertamenti necroscopici nei confronti delle persone decedute al di fuori delle strutture ospedaliere. L'accertamento necroscopico consiste - tramite specifica visita sulla salma al fine di verificare l'assenza dei parametri vitali fondamentali secondo certe regole codificate - nell'accertamento della realtà della morte e nella conseguentemente redazione dell'apposito certificato e, al fine di evitare casi di morte apparente, deve essere eseguito (salvo specifici casi particolari) tra le 15 e le 30 ore dalla constatazione di morte. Compito del medico necroscopo è anche quello di accertare che si tratti di morte naturale, escludendo quindi l'esistenza di segni di morte da apparente causa violenta, nel qual caso dovrà provvedere ad avvisare l'A.G. Il medico necroscopo, oltre a valutare la congruità di quanto trascritto sulla scheda di morte ISTAT da parte del medico curante, deve anche - nel caso che il medico curante non sia stato in grado di farlo - compilare la predetta scheda fornendo la presunta causa di morte, eventualmente richiedendo la predisposizione di un riscontro diagnostico, quest'ultimo obbligatorio nel caso si tratti di persona deceduta senza assistenza medica (da intendersi come conoscenza da parte del medico curante del decorso della malattia).

A seguito della Legge n. 190/2014 è stato introdotto l'obbligo, per i medici necroscopi, di registrare per via telematica - presso l'INPS competente - l'avvenuto accertamento di decesso entro il termine di 48 ore dall'evento. L'attività di accertamento necroscopico costituisce servizio indispensabile, ha natura di atto pubblico in quanto redatto da pubblico ufficiale e non è soggetto al pagamento di diritti sanitari.

Tra le attività certificative del medico necroscopo ricade anche il rilascio del certificato di nulla osta alla cremazione, che viene richiesto dagli aventi diritto e che il medico necroscopo rilascia prendendo visione delle cause del decesso quali riportate sul certificato ISTAT ed attestando l'esclusione nella morte di sospetto di reato.

input

Richiesta di accertamento necroscopico

output

Registrazione accertamento di decesso presso INPS competente

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Presa in carico richiesta di accertamento necroscopico

La procedura ha inizio con la richiesta di accertamento necroscopico inviata alla Azienda USL da parte delle imprese di onoranze funebri o da parte delle strutture di ricovero (case di cura private -convenzionate e non - centri residenziali per anziani, ecc...). La richiesta viene presa in carico controllando in particolare, data e ora del decesso al fine di valutare l'urgenza o meno dell'accertamento che, si ricorda, va eseguito tra le 15 e le 30 ore dal decesso stesso. Sulla base del luogo in cui si trova la salma la richiesta viene smistata al medico necroscopo di turno sul rispettivo territorio (tre medici contemporaneamente disponibili: uno ciascuno per il territorio del comune di Bologna, dell'ambito pianura e dell'ambito montagna). Nelle giornate del sabato, domenica e festivi la richiesta deve pervenire da parte dei richiedenti direttamente al numero di cellulare del medico necroscopo di turno, sulla base delle reperibilità di volta in volta comunicate agli interessati.

2. Accertamento necroscopico

L'attività viene svolta dal lunedì al venerdì in orario di lavoro. Il sabato e festivi l'attività viene garantita in reperibilità con turni di 12 ore (08-20). La prestazione viene garantita contemporaneamente da tre medici per tutto il territorio che ricade nell'ambito dell'Azienda USL di Bologna. Al fine di evitare situazioni di morte apparente l'accertamento necroscopico deve essere effettuato tra le 15 e le 30 ore dalla constatazione di morte. In ogni caso il Regolamento di Polizia Mortuaria prevede un periodo di osservazione del cadavere non inferiore a 24 ore, salvo casi particolari (quali decapitazione o maciullamento) o se sia stato effettuato - tramite elettocardiografo - un tanatogramma di durata non inferiore ai 20 minuti. Eccezioni in merito alla durata del periodo di osservazione sono inoltre previste per i casi di decesso dovuto a malattie infettive-diffusive o se il cadavere presenti segni di iniziata putrefazione. Nel corso della emergenza pandemica è pure prevista la scrupolosa osservanza dei protocolli sanitari introdotti per i casi di decesso da Covid-19, in merito sia alla durata del periodo di osservazione sia alle modalità di accertamento necroscopico. L'accertamento necroscopico consiste nella identificazione (tramite documento di riconoscimento) e ricognizione della salma (presso il domicilio, la struttura sanitaria o residenziale, il deposito osservazione salme) al fine di verificarne l'assenza dei parametri vitali fondamentali (cardio-circolatorio, nervoso e respiratorio), e nella successiva redazione del certificato. Il medico necroscopo valuta inoltre la compatibilità di quanto trascritto sulla scheda ISTAT (se già presente), riportante le cause di morte. Nel caso il medico curante non sia stato in grado di precisare la causa di morte, il medico necroscopo ha l'obbligo di farlo, eventualmente richiedendo un riscontro diagnostico. Il medico necroscopo ha inoltre il compito di controllare si tratti di morte naturale e che non esistano segni di morte violenta sulla salma, nel qual caso dovrà avvisare l'Autorità giudiziaria. Nel caso vi sia diretta richiesta del certificato di cremazione da parte dei familiari del defunto e sia presente il certificato ISTAT con le cause di morte, il medico necroscopo può anche rilasciare contestualmente il certificato di cremazione del cadavere, ove si dichiara escluso per la morte il sospetto di reato.

3. Riscontro diagnostico

Il riscontro diagnostico – nei casi di competenza della UO Medicina Legale - può essere obbligatorio o facoltativo: obbligatorio nel caso di persona deceduta senza assistenza medica (da intendersi come conoscenza del medico curante del decorso della malattia) e trasportata presso il deposito di osservazione salme; facoltativo nel caso di persona morta a domicilio e disposto dal direttore sanitario AUSL quando la morte sia dovuta a malattia infettiva-diffusiva (o sospettato di esserlo) o sia richiesta dal medico curante quando sussistano dubbi sulle cause del decesso. Inoltre la c.d. "legge Gelli" ha introdotto la possibilità da parte dei familiari di concordare con il direttore sanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico e di far partecipare alle operazioni un medico legale di propria fiducia. Il riscontro diagnostico viene effettuato dal medico legale e consiste in una operazione anatomo-patologica (l'esame autoptico) prevalentemente finalizzata a determinare la causa di morte, ma anche diretta a rispondere a quesiti clinico-scientifici relativi al caso specifico. Il medico legale redige al termine una apposita relazione. Trattasi di attività inserita nei LEA per la quale non è previsto il pagamento di diritti sanitari.

4. Registrazione telematica presso l'INPS dell'avvenuto decesso

A seguito della Legge 190/2014 il medico necroscopo ha l'obbligo di registrare, entro 48 ore dall'evento, l'avvenuto accertamento di decesso on line – sull'apposito sito messo a disposizione dall'INPS – inserendo il codice fiscale del defunto. Ciò per consentire all'INPS, in maniera totalmente automatizzata, l'individuazione del soggetto nei propri database e la messa in atto delle conseguenti variazioni.

1. GENERALI

Processo

Rilascio pareri

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

Descrizione del Processo

L'attività consiste nel rilascio di pareri richiesti da diretti interessati o da amministrazioni pubbliche ai sensi della normativa vigente in materia, allorquando si preveda quale obbligatorio un parere del Servizio. I pareri più frequenti che vengono rilasciati riguardano: 1) richiesta di nulla osta per trapianto renale/epatico da donatore vivente: il Servizio ha il compito di constatare l'ottemperanza delle condizioni previste dalla normativa e di redigere una richiesta di nulla osta indirizzata al Giudice tutelare, che accertate a sua volta l'esistenza delle condizioni di legge e che il donatore sia determinato all'atto della donazione liberamente e spontaneamente, concede il nulla osta al trapianto; 2) richiesta di parere in merito alla compatibilità carceraria di detenuti: nel caso di richiesta di rinvio della pena detentiva per motivi di salute, di applicazione provvisoria di misura alternativa, ecc. l'Ufficio e/o il Tribunale di sorveglianza possono richiedere al Servizio l'emissione di una relazione medico-legale in cui si precisi se le condizioni di salute del detenuto siano o meno compatibili con il regime carcerario o se comunque siano particolarmente gravi da richiedere costanti contatti con i presidi sanitari territoriali; 3) richiesta di accertamento di impedimenti di salute che non consentano la presenza in procedimenti processuali nelle vesti di imputato/teste: l'A.G. può richiedere in tali casi al Servizio l'esecuzione di una visita fiscale all'interessato al fine di redigere una relazione che precisi lo stato d'impedimento o meno a partecipare alla udienza processuale; 4) richiesta di parere al fine della concessione di permessi di necessità da concedere al detenuto in caso di imminente pericolo di vita di un familiare/convivente: il Magistrato di Sorveglianza richiede in tali casi al Servizio una visita fiscale con successivo parere che accerti l'esistenza delle condizioni previste dalla Legge; 5) richiesta di autorizzazione alla imbalsamazione di cadavere per motivi di studio e di ricerca: ai sensi del DPR 285/90 il Servizio, una volta constatate le condizioni previste dalla normativa, concede l'autorizzazione alla imbalsamazione del cadavere a scopo di studio, su richiesta dell'Università degli Studi di Bologna; 6) richiesta di attestazione della condizione di fragilità del lavoratore di cui all'art. 26 legge 126/2020 e successive integrazioni e modifiche nell'ambito della normativa COVID: su richiesta dell'interessato, al fine di ottenere i benefici previsti dalla normativa, il Servizio è chiamato a valutare ed attestare una condizione di rischio del lavoratore, correlata alle preesistenti patologie, che potrebbe determinare, in caso di infezione da COVID 19, un esito più grave o infausto.

Nessuno dei pareri sopra illustrati è soggetto a pagamento di tariffa; il parere in merito al nulla osta per trapianto da donatore vivente è inserito nei Livelli Essenziali di assistenza.

input

Richiesta rilascio parere

output

Rilascio attestazione parere

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Richiesta rilascio parere

La richiesta di rilascio di un parere da parte del Servizio viene inviata direttamente da parte dell'interessato o da una amministrazione pubblica – normalmente via PEC/mail – e viene presa in carico tramite il sistema Babel. Viene effettuata la ricognizione sulla presenza delle certificazioni – sanitarie o meno - richieste dalla normativa o comunque ritenute indispensabili ai fini del rilascio del parere medesimo.

2. Redazione e rilascio parere/relazione medico legale

A seconda della fattispecie di parere richiesto si provvede ad esaminare la documentazione certificativa a corredo della richiesta e la cui presenza è indispensabile al fine del rilascio del parere medesimo. Nel caso in cui sia richiesta viene espletata una visita fiscale, cui segue una relazione medico legale. La trasmissione del parere avviene tramite Babel a firma del Direttore dell'UO Medicina legale.

PAT

1. GENERALI

Processo

Scelta del contraente per alienazioni di immobili

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Il processo riguarda la procedura di gara per l'alienazione di immobili dalla fase di indizione a quella di aggiudicazione, con conseguente stipula del contratto di compravendita.

input

Piano degli Investimenti allegato al Bilancio aziendale

output

Determina di aggiudicazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Acquisizione perizia di stima ed autorizzazioni

L'attività riguarda l'acquisizione della perizia di stima giurata per la determinazione del valore da porre a base di gara e le conseguenti richieste di autorizzazione alla vendita alla RER (per tutti gli immobili) ed al MIBAC (solo per gli immobili vincolati).

2. Redazione e pubblicazione bando, nomina commissione

L'attività riguarda la pubblicazione del bando di gara e dei relativi allegati sui siti telematici e gli albi pretori secondo le modalità e tempistiche normativamente prescritte.

3. Gestione delle sedute di gara

L'attività riguarda la gestione delle sedute di gara e l'espletamento delle relative incombenze.

4. Verifica requisiti aggiudicatario e prelazione

L'attività riguarda la verifica delle dichiarazioni rese in sede di gara presso le autorità competenti e l'eventuale attivazione della procedura per l'esercizio di prelazione.

5. Aggiudicazione

L'attività riguarda l'approvazione delle risultanze di gara e l'aggiudicazione a favore del migliore offerente.

6. Stipula atto di compravendita

L'attività riguarda la trasmissione della documentazione necessaria al Notaio rogante e la stipula dell'atto di compravendita.

1. GENERALI

Processo

Scelta del contraente per contratti attivi

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Il processo riguarda la procedura di gara per l'assegnazione in locazione o affitto di immobili di proprietà aziendale dalla fase di indizione a quella di aggiudicazione, con conseguente stipula del contratto di locazione/affitto.

input

Scadenza del contratto di locazione/affitto e/o disponibilità di immobile

output

Determina di aggiudicazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Acquisizione valore della locazione ed autorizzazioni

L'attività riguarda l'acquisizione della perizia per la determinazione del valore da porre a base di gara e le conseguenti richieste di autorizzazione alla concessione in uso a terzi al MIBAC (solo per gli immobili vincolati).

2. redazione e pubblicazione bando, nomina commissione

L'attività riguarda la pubblicazione del bando di gara e dei relativi allegati sui siti telematici e gli albi pretori secondo le modalità e tempistiche normativamente prescritte.

3. gestione delle sedute di gara

L'attività riguarda la gestione delle sedute di gara e l'espletamento delle relative incombenze.

4. verifica requisiti aggiudicatario e prelazione

L'attività riguarda la verifica delle dichiarazioni rese in sede di gara presso le autorità competenti e l'eventuale attivazione della procedura per l'esercizio di prelazione.

5. aggiudicazione

L'attività riguarda l'approvazione delle risultanze di gara e l'aggiudicazione definitiva a favore del migliore offerente ovvero, per l'assegnazione di terreni, del concorrente che ha ottenuto il punteggio maggiore come somma dei requisiti stabiliti dal bando e dell'offerta più alta.

6. stipula del contratto di locazione/affitto

L'attività riguarda la stipula del contratto di locazione commerciale o del contratto di affitto agrario.

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Scelta del contraente per contratti passivi

Descrizione del Processo

Il processo riguarda la procedura per la ricerca sul mercato di immobili in locazione da adibire ad attività istituzionali dell'Azienda dalla fase di pubblicazione dell'avviso a quella di selezione del contraente, con conseguente stipula del contratto di locazione.

input

Richiesta da parte della Direzione aziendale/Dipartimenti/Distretti

output

determina di approvazione schema contratto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. verifica sulla inesistenza di immobili idonei di proprietà degli Enti Pubblici

L'attività riguarda l'invio di una formale comunicazione destinata agli Enti Pubblici per accertare l'assenza di beni disponibili aventi le caratteristiche richieste.

2. redazione e pubblicazione avviso per ricerche ed indagini di mercato, nomina

L'attività riguarda la pubblicazione dell'avviso di ricerca di immobile e dei relativi allegati sui siti telematici ed alle associazioni di categoria, mediante formale comunicazione.

3. gestione della procedura di selezione

L'attività riguarda la valutazione delle proposte pervenute sulla base degli elementi tecnici economici indicati nell'avviso; la selezione delle proposte ritenute conformi e rispondenti; invito a formulare offerta economica ai soli candidati ritenuti idonei.

4. verifica requisiti della migliore offerta

L'attività riguarda la verifica delle dichiarazioni rese in sede di selezione presso le autorità competenti.

5. verifica congruità canone ed aggiudicazione

L'attività riguarda la richiesta di verifica della congruità del canone offerto presso l'Agenzia del Demanio al lordo dell'abbattimento previsto dalla normativa vigente; approvazione delle risultanze della selezione e dello schema di contratto di locazione.

6. stipula del contratto di locazione

L'attività riguarda la stipula del contratto di locazione.

PeC

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Processo

Gestione Contabilità analitica

Descrizione del Processo

Manutenzione anagrafiche dei cdc/cdr e dei conti economici. Assolvimento dei debiti informativi vs Regione e Ministero

input

Richieste di apertura conti e cdc. Revisioni organizzative

output

Aggiornamento piani cdc e piano conti economici e relative tabelle di associazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Aggiornamento piani

Gestione piano dei centri di costo e dei fattori produttivi nella procedura del GAAC di analitica

2. Caricamento in procedura

Scarico consumi di analitica mensili e trimestrali a consuntivo

3. Assolvimento debiti informativi vs Regione e vs Ministero

Assolvimento debiti informativi verso la Regione e verso il Ministero: modello Coa01, modello LA (livelli assistenza), Modello CP (costi dei presidi)

1. GENERALI

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

Processo

Programmazione economica e controllo di gestione

Descrizione del Processo

Predisposizione del Bilancio economico Preventivo, dei modelli ministeriali di Conto economico (CE) e delle verifiche di bilancio regionali supporto a SUMCF per predisposizione bilancio d'esercizio

input

Delibera di programmazione regionale, previsioni Macro gestori

output

Bilancio economico preventivo, modelli economici ministeriali (CE)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Predisposizione Conti Economici

Invio modelli CE - Predisposizione Certificazione ai sensi dell'art. 6 dell'Intesa 23 marzo 2005-rep.2271

2. Predisposizione Relazioni ai Bilanci di Previsione e Consuntivo

Supporto alla Direzione Generale nella predisposizione della Relazione del Direttore Generale

3. Supporto al Collegio Sindacale

Supporto al Collegio Sindacale per la presentazione dei modelli CE e delle relazioni

1. GENERALI

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

Processo

Richieste estemporanee di valutazioni economiche da parte di Servizi RER

Descrizione del Processo

Risposta a specifiche esigenze conoscitive da parte del livello regionale non regolate con debiti informativi programmati

input

Richiesta scritta proveniente da Servizio regionale

output

Invio valutazione economica

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Effettuazione analisi del contesto e predisposizione di valutazione economica

A seguito della richiesta pervenuta, si effettuano tutte le analisi di contesto ed economiche per rispondere al quesito effettuato dal livello regionale

PeP

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Benessere organizzativo e stress lavoro correlato

Descrizione del Processo

Ai lavoratori viene offerto un supporto psicologico specialistico per fronteggiare il disagio lavorativo, i conflitti e lo stress lavoro correlato.

input

DVR - Specifico stress lavoro correlato - richiesta da parte dei lavoratori.

output

Gestione dei casi

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

DUVRI - Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali

Descrizione del Processo

Per ogni contratto d'appalto di servizi o lavori ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. N. 81/2008 e s.m.i. deve essere elaborato unitamente all'appaltatore/subappaltatore un documento unico di valutazione dei rischi interferenziali cd. Il SPPA fornisce inoltre supporto tecnico specialistico ai RUP e DEC dei contratti al fine dell'applicazione delle prescrizioni indicate nel documento in parola.

input

Capitolato tecnico di appalto - Informazioni da parte dei RUP e DEC Aziendali e dell'appaltatore.

output

Riunioni di coordinamento e cooperazione con l'appaltatore per la modifica e integrazione del DUVRI. Calcolo oneri per la sicurezza.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Elaborazione DVR - Documento di valutazione dei rischi

Descrizione del Processo

Per ogni articolazione organizzativa aziendale UOC, UOS, e fisica edificio, struttura, ufficio, ecc vengono analizzate e rilevate le attività e processi svolti dai lavoratori e sulla scorta dei criteri di valutazione condivisi con il DL, individuati i pericoli e conseguentemente valutati i rischi associati. Possono essere interessati anche enti pubblici esterni con cui si elaborano criteri di valutazione dei rischi.

A fronte della valutazione dei rischi vengono individuate le misure di prevenzione e protezione necessarie alla mitigazione dei rischi. Le misure possono essere tecniche, organizzative, funzionali, ecc.

input

Richiesta di attivazione ispezione/attività programmata

output

DVR (Documento valutazione rischi)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione dei pericoli - Valutazione dei rischi

Per ogni articolazione organizzativa aziendale UOC, UOS, e fisica edificio, struttura, ufficio, ecc vengono analizzate e rilevate le attività e processi svolti dai lavoratori e sulla scorta dei criteri di valutazione condivisi con il DL, individuati i pericoli e conseguentemente valutati i rischi associati. Possono essere interessati anche enti pubblici esterni con cui si elaborano criteri di valutazione dei rischi.

2. Misure di prevenzione e protezione individuate per mitigare i rischi.

A fronte della valutazione dei rischi vengono individuate le misure di prevenzione e protezione necessarie alla mitigazione dei rischi. Le misure possono essere tecniche, organizzative, funzionali, ecc.

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Elaborazione DVR Covid 19 - Documento di valutazione dei rischi

Descrizione del Processo

Per ogni articolazione organizzativa aziendale UOC, UOS, e fisica edificio, struttura, ufficio, ecc vengono analizzate e rilevate le attività e processi svolti dai lavoratori e sulla scorta dei criteri di valutazione condivisi con il DL, individuati i pericoli e conseguentemente valutati i rischi associati. Possono essere interessati anche enti pubblici esterni con cui si elaborano criteri di valutazione dei rischi.

A fronte della valutazione dei rischi vengono individuate le misure di prevenzione e protezione necessarie alla mitigazione dei rischi. Le misure possono essere tecniche, organizzative, funzionali, ecc.

input

Richiesta di attivazione ispezione/attività programmata

output

DVR (Documento valutazione rischi)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione dei pericoli - Valutazione dei rischi

Per ogni articolazione organizzativa aziendale UOC, UOS, e fisica edificio, struttura, ufficio, ecc vengono analizzate e rilevate le attività e processi svolti dai lavoratori e sulla scorta dei criteri di valutazione condivisi con il DL, individuati i pericoli e conseguentemente valutati i rischi associati. Possono essere interessati anche enti pubblici esterni con cui si elaborano criteri di valutazione dei rischi.

2. Misure di prevenzione e protezione individuate per mitigare i rischi.

A fronte della valutazione dei rischi vengono individuate le misure di prevenzione e protezione necessarie alla mitigazione dei rischi. Le misure possono essere tecniche, organizzative, funzionali, ecc.

1. GENERALI

Processo

Formazione-informazione e addestramento dei lavoratori

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Redazione sulla scorta del DVR del piano di formativo aziendale dei lavoratori di cui agli artt. 36 , 37 del D.Lgs.n. 81/2008 e s.m.i.
Gestione, organizzazione e attuazione del PFA comprensiva di registrazione delle attività e supporto all'accreditamento ove previsto deegli eventi.

input

DVR - Necessità rappresentate dalle macroarticolazioni aziendali

output

PFA

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Piano Formativo Aziendale cd PFA

Redazione sulla scorta del DVR del piano di formativo aziendale dei lavoratori di cui agli artt. 36 , 37 del D.Lgs.n. 81/2008 e s.m.i.

2. Attuazione del PFA

Gestione, organizzazione e attuazione del PFA comprensiva di registrazione delle attività e supporto all'accreditamento ove previsto deegli eventi.

1. GENERALI

Processo

INAIL

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Descrizione del Processo

Gestione amministrativa e tecnica delle denunce di infortunio dei lavoratori.

input

Denuncia infortunio

output

Pratica infortunio da gestire anche su portale INAIL.

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Processo

Medicina preventiva

Descrizione del Processo

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori periodica, preventiva, neo assuntiva.

input

Ricezione segnalazione

output

Giudizi di idoneità o non idoneità dei lavoratori

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione infortuni con esposizione a rischio biologico

Gestione degli infortuni con esposizione ad agenti biologici dei lavoratori. Applicazione del protocollo post esposizione dei lavoratori.

2. Gestione isolamento e quarantena COVID 19 dei lavoratori

Attività tecnico/medico e amministrativa di valutazione dei contatti, disponendo o revocando se del caso l'isolamento o quarantena.

3. Sorveglianza sanitaria dei lavoratori

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori periodica, preventiva, neo assuntiva

1. GENERALI

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Processo

Procedure di Sicurezza

Descrizione del Processo

Analisi dei processi lavorativi per i quali devono essere redatte specifiche procedure o IO. Redazione dei documenti con la collaborazione dei Dirigenti e Preposti.

Studio degli ipotetici scenari emergenziali intra ospedalieri e individuazione delle misure organizzative e tecniche per la redazione dei piani di emergenza interna cd PEI.

input

Acquisizione processi aziendali.

output

Procedura / IO

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Elaborazioni di specifiche procedure o IO di sicurezza per le diverse articolazioni aziendali.

Analisi dei processi lavorativi per i quali devono essere redatte specifiche procedure o IO. Redazione dei documenti con la collaborazione dei Dirigenti e Preposti.

2. Gestione delle emergenze intra ospedaliere

Studio degli ipotetici scenari emergenziali intra ospedalieri e individuazione delle misure organizzative e tecniche per la redazione dei piani di emergenza interna cd PEI.

1. GENERALI

Processo

Rapporti utenza esterna

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Fornire elementi ai Servizi aziendali competenti per formulare i necessari riscontri.

input

Ricezione richieste

output

Note riscontro

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

SAAV

1. GENERALI

Processo

Aggiudicazione della gara

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

L'attività riguarda l'approvazione delle risultanze di gara e l'aggiudicazione a favore del migliore offerente. Il direttore del SAM riceve la proposta di aggiudicazione da parte della Commissione Giudicatrice, qualora nominata, o dalla UO valutatrice e con propria determina adotta l'atto di aggiudicazione.

input

Proposta di aggiudicazione

output

Atto di aggiudicazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Esclusioni e aggiudicazioni

A seguito della valutazione tecnica delle offerte presentate la Commissione Giudicatrice può proporre al Direttore del SAM eventuale atto di esclusione degli operatori economici che non raggiungono il punteggio tecnico minimo complessivo relativo alla qualità, come previsto nei documenti di gara e indispensabile per essere ammessi al prosieguo della procedura. Negli altri casi propone direttamente l'aggiudicatario.

2. Formalizzazione dell'aggiudicazione

La formalizzazione dell'aggiudicazione avviene con Determina adottata dal Direttore del SAM.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Definizione dei criteri di gara

Descrizione del Processo

Il SAM, qualora non si tratti di acquisti in esclusiva di cui all'art.63 del Codice Appalti, per i quali è predisposta relativa documentazione se confermati dall'indagine di mercato, procede con l'ausilio delle UUOO richiedenti alla corretta descrizione della fornitura/del servizio da acquisire, alla definizione dei criteri di aggiudicazione e, tenendo conto di quanto previsto dall'art. 35 del Codice Appalti, al tipo di procedura da espletare. Qualora necessario è costituito un Gruppo di Lavoro che ha il compito di descrivere tecnicamente l'oggetto di gara, individuare i parametri di valutazione, nonché il valore stimato dell'appalto. Anche in caso con il Gruppo di Lavoro è stabilito, in comune accordo, il tipo di procedura da espletare.

input

Codice Appalti art. 95, 35, 36; Disciplina sostitutiva art. 1 lg 120/2020 sostituita dall'art. 51 della legge n. 108 del 2021 Legge, per le procedure indette entro il 30.06.2023

output

Documentazione di gara

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Indagini di mercato

Per le procedure di nuova edizione e/o di scarsa conoscenza del mercato e/o per servizi innovativi, si effettuano consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche.

2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento

Il RUP del SAM condivide con il Gestore richiedente la fornitura/il servizio o con il Gruppo di Lavoro il tipo di procedura da espletare.

3. Definizione dei criteri di aggiudicazione

Il RUP del SAM condivide con il Gestore richiedente la fornitura/il servizio o con il Gruppo di Lavoro il criterio di aggiudicazione da scegliere.

4. Definizione dei criteri di attribuzione del punteggio

Il RUP del SAM supporta il Gestore richiedente la fornitura/il servizio o il Gruppo di Lavoro sulla distribuzione dei punteggi da attribuire.

5. Definizione dei criteri di partecipazione e dei requisiti di accesso alla gara

Il RUP del SAM condivide con il Gestore richiedente la fornitura/il servizio o con il Gruppo di Lavoro i criteri di partecipazione e i requisiti di accesso alla gara.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Predisposizione atti di gara

Descrizione del Processo

Il processo riguarda tutte le attività propedeutiche e necessarie per la predisposizione dei documenti di natura tecnica e giuridico amministrativa da porre a base di gara

input

Diposto normativo

output

Documentazione di gara

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Determinazione dell'importo del contratto

Il SAM sulla base di quanto condiviso con le UUOO richiedenti il servizio o la fornitura/Il Gruppo di Lavoro predispone la documentazione di gara secondo l'importo definito

2. Predisposizione bando di gara

Il SAM sulla base dell'importo stimato di gara procede se necessario alla predisposizione del bando di gara

3. Predisposizione di capitolato di gara

Il SAM sulla base di quanto condiviso con le UUOO richiedenti il servizio o la fornitura/il Gruppo di Lavoro, prende atto del capitolato tecnico e predispone il capitolato normativo.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Programma biennale Acquisti

Descrizione del Processo

Ogni anno la Direzione Generale, su proposta del Direttore del SAM, adotta la Delibera di approvazione del Programma biennale per forniture e servizi; durante l'anno possono essere altresì adottate delibere di modifica al programma per gli aggiornamenti necessari (es. inserimento di acquisti non ricompresi in programmazione). Il programma deve essere approvato entro novanta giorni dalla data di decorrenza degli effetti del Bilancio. La programmazione comprende le procedure da effettuare per i contratti in scadenza per i quali è necessario procedere alla riedizione e i nuovi inserimenti. Tali indicazioni sono trasmesse dalle UUOO in base alla loro progettazione. Il documento è redatto sulla piattaforma dell'Osservatorio Regionale (SITAR). Dopo l'adozione dell'atto di programmazione e in caso di eventuali modifiche al programma stesso, si ha la pubblicazione dei programmi, attraverso la trasmissione dei dati sulla piattaforma del SITAR.

input

Codice Appalti, Art. 21 - Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici;
Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 16 gennaio 2018 n. 14

output

Delibera Direzione Generale - Approvazione della programmazione aziendale Forniture e servizi- Eventuali delibere di modifiche - Pubblicazione del Programma nel SITAR (osservatorio regionale)

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Nomina del responsabile del procedimento di gara

Il SAM è Responsabile del procedimento di gara ex L.241/90; per l'AUSL ricopre anche la funzione di RUP nonostante non progetti gli interventi necessari che sono di competenza delle macroarticolazioni/dei gestori

2. Analisi e verifica esigenze delle diverse articolazioni aziendali

Per la stesura del Programma biennale di forniture e servizi il SAM segue il format previsto dal Decreto MIT; il SAM per la predisposizione della Programmazione consulta la Pianificazione di Intercent-er per le gare di competenza del soggetto aggregatore, chiede conferma alle varie UUOO della necessità di indire nuove edizioni per i medesimi servizi /forniture, inserisce le nuove richieste di forniture e servizi. Questo è il momento in cui i vari Gestori possono confermare gli acquisti (soprattutto per le forniture o i servizi standardizzati) e prevederne di nuovi (es. nuove attrezzature, nuovi servizi all'utenza, beni innovativi,...)

3. Redazione del programma

Il documento è redatto sulla piattaforma del SITAR. Il programma prevede la distinzione fra forniture e servizi, riporta l'importo complessivo rispetto alla durata dell'acquisto, gli importi suddivisi per ognuno dei tre anni e per le successive annualità, la durata, l'oggetto dell'acquisto, il RUP, l'Azienda /Ente che procederà allo svolgimento della procedura. Il portale del SITAR numera gli acquisti progressivamente e genera il CUI (codice univoco dell'acquisto) che è da indicare necessariamente al momento di assunzione del CIG.

1. GENERALI

Processo

Selezione del Contraente

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Il processo riguarda le procedure di gara espletate dal SAM per l'acquisizione di servizi/forniture. Il SAM tramite l'emanazione di una serie di atti (determina a contrarre, bando di gara, nomina della commissione) definisce e rende pubblica l'adozione di una determinata procedura di scelta del contraente.

input

Codice Appalti: Art. 32 - Fasi delle procedure di affidamento

output

Proposta di aggiudicazione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari

L'attività è inerente la pubblicazione del bando di gara, del relativo estratto e della documentazione di gara. Le gare espletate dal SAM sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione secondo quanto previsto dall'art.58 del Codice Appalti. La pubblicazione degli atti avviene sui siti telematici dedicati (GUUE, GURI), sulle testate giornalistiche (quotidiani nazionali e locali), sul profilo del committente dell'AUSL di Bologna e sul SATER (Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna), secondo le modalità previste da normativa.

2. Verifica dei requisiti di partecipazione

Un Dirigente del SAM, normalmente per le procedure di competenza del Settore cui è assegnato, procede allo sblocco della documentazione amministrativa collocata su SATER e ne verifica la correttezza e completezza; nei casi previsti attiva le procedure di soccorso istruttorio di cui all'art.83 del Codice Appalti. All'esito della verifica della documentazione attestante l'assenza dei motivi di esclusione di cui all'articolo 80, come previsto dall'art.76, comma 2-bis, modificato dalla Legge 55/2019, è dato avviso ai concorrenti delle esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni ad essa.

3. Nomina della Commissione

L'attività riguarda le sole procedure di gara con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Il SAM per l'individuazione dei componenti la Commissione Giudicatrice, chiede ai Direttori delle UUOO interessate, indicazione circa i possibili Commissari. Ricevuti i nominativi e le relative dichiarazioni di assenza di motivi di incompatibilità, il Direttore del SAM adotta la determina di nomina allegando i curricula dei commissari.

4. Gestione delle sedute di gara

Il SAM partecipa come Segretario verbalizzante alle sedute di gara della Commissione Giudicatrice. Il Segretario verbalizzante si occupa dell'organizzazione delle sedute della Commissione, vigila sul rispetto delle prescrizioni contenute nel Disciplinare di gara, supporta la Commissione nella gestione di eventuale campionatura di beni, redige i verbali. La Commissione Giudicatrice è deputata a: a) valutazione delle offerte tecniche qualitative e attribuzione dei relativi punteggi; b) apertura delle offerte economiche e attribuzione dei relativi punteggi; c) formazione della graduatoria e individuazione del migliore offerente.

5. Trattamento e custodia della

Le procedure di acquisto espletate dal SAM sono tutte svolte attraverso il SATER ai sensi dell'art.58 del Codice Appalti. Essendo il SATER una piattaforma telematica di negoziazione si ha la garanzia della massima segretezza e riservatezza dell'offerta e dei documenti che la compongono, nonché della sua provenienza, identificazione e inalterabilità. I documenti di gara del SAM sono prodotti attraverso BABEL e caricati sul SATER. Espletata la procedura, la documentazione di gara è salvata nei fascicoli di BABEL e nelle cartelle del server aziendale assegnate al SAM.

1. GENERALI

Processo

Stipula del contratto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Il SAM procede alla stipulazione del contratto con l'aggiudicatario del servizio/fornitura decorso il periodo dello stand still, se previsto, e ad aggiudicazione efficace

input

Codice Appalti - Art.32 "Fasi delle procedure di affidamento"

output

Contratto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione degli elementi tecnici essenziali del contratto

Il contratto è stipulato, a pena di nullità, con atto pubblico notarile informatico, ovvero, in modalità elettronica secondo le norme vigenti per ciascuna stazione appaltante, in forma pubblica amministrativa a cura dell'Ufficiale rogante della stazione appaltante o mediante scrittura privata; in caso di procedura negoziata ovvero per gli affidamenti di importo non superiore a 40.000 euro mediante corrispondenza secondo l'uso del commercio consistente in un apposito scambio di lettere, anche tramite posta elettronica certificata o strumenti analoghi negli altri Stati membri. Fanno parte integrante del contratto il capitolato e il computo estimativo metrico. Il contratto è stipulato di norma entro 60 giorni dall'aggiudicazione e non prima di 35 giorni nei casi previsti dal Codice Appalti. L'esecuzione del contratto può avere inizio solo dopo che lo stesso è divenuto efficace, salvo i casi previsti dal Codice Appalti.

2. Verifica dei requisiti ai fini della Stipula del contratto

Prima della stipula del contratto sono effettuati i controlli previsti dalla legge. A efficacia dell'aggiudicazione si ha la stipula del contratto che per le procedure soprasoglia è fatto mediante scrittura privata con firma digitale, mentre nei casi di acquisti sottosoglia comunitaria coincide con lo scambio di lettere firmate digitalmente. L'aggiudicatario darà inizio al servizio/fornitura al ricevimento dell'ordine informatizzato.

3. Nomina del DEC

Il RUP fa sottoscrivere l'accettazione a DEC alla persona individuata dal Direttore Gestore del contratto.

SAO

1. GENERALI

Processo

Rimborso ticket Pronto Soccorso mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Il rimborso avviene solo su istanza di parte dell'utente, e solo tramite bonifico bancario su cc indicato dall'utente sull'istanza o con lettera di mandato di pagamento con ritiro a sportello bancario. Le istanze vengono inserite in una procedura informatizzata su ISES Web e vengono scaricate mensilmente da ISES Back Office per la convalida, effettuata dalla Responsabile di reti di Front Office. L'ufficio gestione rimborsi istruisce le pratiche che arrivano in valutazione e riesamina quelle inserite a sportello cup, processa le istanze informaticamente attraverso un doppio passaggio: da ISES B.O. ad ADIUVAT e da ADIUVAT al GAAC. C'è una doppia firma da parte del Direttore UOC Processi amministrativi dell'accesso, una sulle stampe cartacee di ADIUVAT e una sul ciclo di liquidazione del GAAC. Un'istanza di rimborso non può essere inserita da un operatore che è anche intestatario della ricevuta oggetto di rimborso

input

Richiesta del cittadino

output

Risposta dell'AUSL di riconoscimento o meno del rimborso

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Acquisizione richieste

Il cittadino può presentare richiesta di rimborso attraverso più canali: web, tramite form on line, segnalazioni, mail all'alias gestione.rimborsi@ausl.bologna.it, a sportello cup dove l'operatore potrà inserirla direttamente in procedura o inviarla in valutazione all'ufficio rimborsi.

2. Istruttoria

Dopo l'acquisizione della domanda la stessa viene istruita. Si valuta se ci sono gli elementi per accettare l'istanza, vale a dire prestazione non erogata (valutabile tramite lses o goistificativo del servizio), o se il cittadino ha pagato più volte la stessa prestazione o se ha diritto al riconoscimento di un'esenzione.

3. Convalida istanze

Se l'istruttoria va a buon fine tutte le istanze vengono inserite in procedura informatizzata su ises Web, sia a sportello che in back office, inserendo l'iban indicato dall'utente nell'istanza su cui ricevere l'accredito. Da ises Back Office vengono caricate le istanze di ogni mese, che una volta convalidate dalla responsabile di reti di front office, vengono importate su Aduvat.

4. Invio in contabilità

Le liste importate su Aduvat vengono stampate e firmate dal Direttore UOC Processi amministrativi dell'accesso, convalidate ed esportate in contabilità. Le liste stampate e firmate vengono inviate via mail al SUMCF che le importa sul GAAC. Con le liste importate sul Gaac l'ufficio gestione rimborsi crea il ciclo di liquidazione e lo mette alla firma digitale del Direttore UOC. Acquisita la firma digitale sul GAAC il SUMCF può emettere gli ordini di pagamento.

2. SPECIFICHE

Processo

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Descrizione del Processo

Formulazione della proposta alla Direzione Aziendale per l'approvazione di accordo convenzionale con enti pubblici e/o privati per vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie. Questa fase, che precede l'approvazione finale da parte della Direzione Aziendale.

input

Richiesta Unità Operativa

output

Delibera di approvazione convenzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Rilevazione fabbisogno interno di prestazioni sanitarie e/o servizi sanitari e non

Formulazione della proposta alla Direzione Aziendale per l'approvazione di accordo convenzionale con enti Richiesta via e-mail alle Unità Operative Presidio Ospedaliero di conferma e/o rilevazione fabbisogno

2. Proposta convenzione in accordo con gli altri contraenti

Scambio di corrispondenza tra le parti interessate e stesura testo convenzione, stante il nulla delle Unità Operative del Presidio

3. Approvazione convenzione

Firma delle parti sul testo della convenzione e predisposizione di provvedimento di approvazione e/o presa d'atto della sottoscrizione e/o rinnovo/proroga della convenzione.

4. Gestione economica dell'attività oggetto della convenzione

Attività economica-contabile su applicativo GAAC: gestione contratto/budget, emissione ordine e liquidazione fatture.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore

Descrizione del Processo

Assunzione Determina con allegata convenzione, predisposizione progetti per singole attività, indicazione del Budget annuale, incontri con ETS

input

Richiesta Unità Operativa/proposta progetto da parte di ETS

output

Assunzione Determina con approvazione progetti

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Definizione della convenzione per servizi accessori

Definizione dei progetti da attivare su richiesta delle unità operative o attività di coprogettazione con l'ETS. Se attività non di specifico ambito (es. ETS correlati a patologie) stesura di procedure comparative riservate alle ETS. Definizione delle voci di costo che possono essere messe a rimborso e relativi tetti di spesa

2. Liquidazione note di addebito

Verifica importi sulla base delle presenze e della coerenza con le voci di costo previste a rimborso conseguente liquidazione note di addebito tramite applicativo GAAC (gestione contratto, budget, emissione ordine informatizzato)

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-accreditati

Descrizione del Processo

Formulazione della proposta alla Direzione Aziendale per l'approvazione di accordo convenzionale con Enti del terzo settore per acquisto di trasporti sanitari. Questa fase precede l'approvazione finale da parte della Direzione Aziendale.

input

fabbisogno trasporti sanitari

output

delibere di convenzione con i soggetti fornitori

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Definizione fabbisogno

Confronto con le centrali (CO118 e COU) per definizione fabbisogno in relazione ai territori aziendali. verifica delle risorse disponibili con le Pubbliche Assistenze (ODV) CRI (ODV). Verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento

2. Proposta di convenzione

Definizione di una convenzione quadro con le regole uguali per tutte le PP.AA.

3. Definizione budget delle singole ODV

Confronto con le singole PP.AA. Per verifica bilanci e fabbisogno.

4. Pagamento rimborsi, note di addebito e verifica conguagli

verifica congruità e liquidazione note di addebito tramite applicativo GAAC (gestione contratto, budget, emissione ordine informatizzato)

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-non accreditati

Descrizione del Processo

Formulazione della proposta alla Direzione Aziendale per l'approvazione di accordo convenzionale con Enti del terzo settore per acquisto di trasporti sanitari. Questa fase precede l'approvazione finale da parte della Direzione Aziendale.

input

fabbisogno trasporti non coperto da soggetti accreditati

output

delibera/determina

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Proposta verifica fabbisogno ed indisponibilità da parte di soggetti accreditati

Richiesta scritta nuove disponibilità

2. Definizione di manifestazione di interesse riservato a ETS

Verifica caratteristiche qualitative

3. Definizione modalità di rimborso

Definizione modalità di rimborso

4. Pagamento rimborsi, note di addebito e verifica conguagli

Verifica congruità e liquidazione note di addebito tramite applicativo GAAC (gestione contratto, budget, emissione ordine informatizzato)

1. GENERALI

Processo

Gestione del Finanziamento al Sistema Trasfusionale (ex Legge 219/2005)

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Gestione del finanziamento che il CRS assegna al Servizio di Immunoematologia Medicina Trasfusionale Area Metropolitana Bologna. Con riferimento alla Legge 219/2005 il CRS assegna una quota al Simt Ambo vincolandolo a degli obiettivi, ai quali si è tenuti a relazionare/rendicontare al CRS.

input

Verbale di assegnazione della Consulta Regionale (in futuro DGR RER)

output

Liquidazione dei costi sostenuti

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Programmazione realizzazione dell'obiettivo

Dall'analisi dell'obiettivo assegnato il Direttore del servizio, coinvolto il suo staff, traduce in operatività l'obiettivo definendo le necessità i tempi i modi di realizzazione; prima della fase attuativa questa proposta viene sottoposta al vaglio della Direzione Generale.

2. Realizzazione dell'obiettivo

La realizzazione dell'obiettivo può comportare diverse tipologie di attività che coinvolgono macroarticolazioni diverse con regolamentazione interne diversificate: assunzione di nuovo personale, acquisto di apparecchiature biomediche, acquisto di beni di consumo...

Tutte queste attività sono concordate con la Direzione ed avvengono col coinvolgimento delle macroarticolazioni preposte (SUMAGP ICL SUME..) nel rispetto della regolamentazione aziendale e delle competenze delle macroarticolazioni.

3. Rendicontazione al CRS

Descrizione dell'attività espletata con i costi sostenuti.

4. Pagamento dei costi

A seguito di esito positivo della rendicontazione si procede a regolare pagamento dei costi secondo le procedure aziendali definite.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

Descrizione del Processo

In caso di ricovero di paziente dell'AUSLBO in struttura sanitaria privata, anche fuori Regione, il SIMT riceve fattura per le unità trasfuse. Avviene verifica dell'anagrafica del paziente ed eventuale tracciamento delle unità trasfuse.

input

Ricevimento fattura

output

Pagamento fattura

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Verifica della fattura ricevuta

Verifica dell'anagrafica del paziente ed eventuale tracciamento delle unità trasfuse.

2. Pagamento della fattura

La fattura viene pagata tramite gestionale aziendale in uso.

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Processo

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore (convenzione AVIS-FIDAS)

Descrizione del Processo

Convenzionamento con AVIS e FIDAS per attività di raccolta emocomponenti, nel pieno rispetto della programmazione regionale.

input

Programmazione raccolta sangue RER

output

Convenzione AVIS - FIDAS

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Stesura della proposta di convenzione

Predisposizione della proposta condivisa con AVIS da sottoporre alla Direzione Aziendale per l'approvazione convenzionale e avvio dell'iter amministrativo che precede l'approvazione.

2. Verifica della fattura ricevuta

Verifica della correttezza delle attività oggetto di convenzionamento.

3. Liquidazione fattura

Liquidazione della fattura tramite i sistemi aziendali in uso.

2. SPECIFICHE

Processo

Vendita di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Descrizione del Processo

Le case di cura private accreditate e non (autorizzate dalla Regione) e gli ospedali possono chiedere il supporto del trasfusionale per lo svolgimento delle loro attività/servizi clinici. Viene pertanto proposta loro una bozza di convenzione tipo per la sottoscrizione. Vengono erogati i servizi/attività e successivamente fatturati.

input

Richiesta di attività/beni/servizi

output

Emissione della fattura

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Proposta di convenzione su schema tipo

Predisposizione della proposta su schema tipo da sottoporre alla Direzione Aziendale per l'approvazione convenzionale e avvio dell'iter amministrativo che precede l'approvazione.

2. Emissione fattura

A seguito dell'espletamento del servizio/attività viene emessa regolare fattura come da convenzione

SOCS

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Dirigenza-strutture e incarichi gestionali

Descrizione del Processo

In armonia con quanto previsto nell'Atto Aziendale, definito nel rispetto D. Lgs. 502/92 e ss.mm. e ii e adottato in coerenza con le direttive emanate dalla Giunta regionale che ne verifica la relativa conformità, viene definito il Regolamento di Organizzazione Aziendale che si compone di due parti: nella prima parte viene descritta l'organizzazione interna all'Azienda, con declinazione della mission e degli ambiti di responsabilità che caratterizzano ciascuna macroarticolazione aziendale; nella seconda parte viene fornita una rappresentazione grafica, tramite organigrammi, dell'assetto organizzativo aziendale. Tale Regolamento viene aggiornato di volta in volta in relazione a modifiche dell'assetto organizzativo dell'azienda definite dalla direzione Aziendale con l'istituzione/variazione di articolazioni attraverso deliberazione del Direttore Generale. La graduazione delle strutture gestionali è effettuata nel rispetto di quanto previsto dagli specifici accordi sindacali e previa approvazione della Direzione Aziendale. La definizione del valore economico della struttura gestionale è effettuata tramite apposita scheda di graduazione definita e approvata negli specifici Accordi sindacali vigenti. La scheda considera diversi items che caratterizzano la struttura gestionale, valorizzati secondo quanto previsto nelle specifiche tabelle degli accordi sindacali, anche in ottica comparativa e di equità complessiva, nel rispetto delle risorse economiche disponibili.

input

Disegno organizzativo della Direzione Aziendale e/o progetti validati dalla Direzione.

output

Delibere di modifica del regolamento di organizzazione aziendale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Istituzione e valorizzazione incarichi gestionali (dirigenziali)

Formale istituzione e graduazione delle strutture gestionali, coerentemente all'organizzazione aziendale, nel rispetto di quanto previsto dagli specifici accordi sindacali e previa approvazione della Direzione Aziendale . La definizione del valore economico della struttura gestionale è effettuata tramite apposita scheda di graduazione definita e approvata negli specifici Accordi sindacali vigenti. La scheda considera diversi items che caratterizzano la struttura gestionale, valorizzati secondo quanto previsto nelle specifiche tabelle degli accordi sindacali, anche in ottica comparativa e di equità complessiva, nel rispetto delle risorse economiche disponibili.

2. Valorizzazione incarichi professionali (dirigenziali)

Procedimento propedeutico al conferimento di incarichi dirigenziali di cui all'art. 18 e seguenti del CCNL Area Sanità del 19/12/2019 e all'art. 70 e seguenti del CCNL dell'Area delle Funzioni Locali del 17/12/2020 per la Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale alta specializzazione, altissima professionalità - per la dirigenza sanitaria -, incarichi professionali, di studio e ricerca e incarichi professionali di base)

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Incarichi di funzione

Descrizione del Processo

La formale istituzione degli incarichi di funzione avviene nel rispetto di quanto previsto dal CCNL e dal Regolamento aziendale e in coerenza con le esigenze organizzative aziendali, previa presentazione al tavolo sindacale. La graduazione dell'incarico di funzione e la conseguente valorizzazione economica della indennità associata vengono effettuati nel rispetto di quanto previsto dal CCNL e dallo specifico Regolamento aziendale.

L'incarico di funzione viene graduato attraverso apposita scheda prevista nello specifico Regolamento aziendale e che considera i contenuti della Funzione (Mission, responsabilità, attività, ...) anche in ottica comparativa e di equità complessiva aziendale, garantendo il rispetto delle risorse economiche disponibili.

input

Disegno organizzativo della direzione aziendale e Atti di organizzazione aziendale

output

Report di mappatura degli incarichi di funzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Attivazione e valorizzazione Incarichi di funzione.

Procedimento propedeutico al conferimento di incarichi di funzione di cui al capo II del CCNL del comparto sanità triennio 2016-2018 (2019-2021). Graduatorie del valore economico della indennità associata, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL e dal Regolamento aziendale.

La definizione del valore economico connesso all'incarico di funzione è coerente con le esigenze organizzative aziendali ed è effettuata tramite apposita scheda di graduazione (prevista dal vigente Regolamento aziendale) che considera i contenuti della funzione (mission, responsabilità, attività, ...) nonché il contesto organizzativo e dirigenziale nell'ambito del quale la funzione è inserita. Inoltre, la funzione è valutata in ottica comparativa e di equità complessiva, nel rispetto delle risorse economiche disponibili.

1. GENERALI

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

Processo

Processo di budget e valutazione della Performance

Descrizione del Processo

Supporto alla Direzione Generale e ai Direttori di Dipartimento nella conduzione del processo di Budgeting attraverso la stesura delle linee guida al budget, l'elaborazione delle proposte di budget, delle relative schede e del reporting per il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti e per la verifica a consuntivo dei risultati ottenuti

input

Documenti di programmazione regionale, obiettivi di mandato del Direttore Generale, Linee strategiche definite dalla Direzione Generale

output

Master budget, Piano triennale della Performance, Relazione sulla performance

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Predisposizione Piano della Performance triennale

Partecipazione a incontri con la Direzione per individuazione di Aree strategiche e supporto alla predisposizione del Piano della Performance

2. Stesura delle Linee guida al budget

Supporto alla predisposizione delle Linee guida al budget

3. Predisposizione Schede di Budget

Proposta schede di Budget

4. Incontri di Negoziazione

Partecipazione a incontri di negoziazione

5. Monitoraggio Risultati

Partecipazione a incontri di monitoraggio e per eventuali revisioni da inserire nelle schede di budget.

6. Individuazione report a supporto delle negoziazioni e delle verifiche

Individuazione reporting per incontri di negoziazione e monitoraggio

SUMAEP

1. GENERALI

Processo

Trattamento economico - Cedolino stipendiale

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Elaborazione cedolino stipendiale

input

Documentazione e flussi informatici

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Elaborazione del cedolino stipendiale

In base ai dati che pervengono dai vari servizi e dai flussi informatici il settore economico elabora i cedolini

2. Invio flusso al tesoriere per il pagamento degli stipendi

Invio dei flussi stipendiali al tesoriere

1. GENERALI

Processo

Trattamento economico - Inserimento di conferimento d'incarichi

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Il settore economico riceve l'atto di conferimento dell'incarico dal settore giuridico

input

Atto di conferimento di incarico

output

cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento atto di conferimento di incarico

Il settore giuridico invia l'atto agli uffici competenti e inserisce l'incarico a curriculum.

2. Attribuzione economica dell'incarico

Il settore economico integra i dati inerenti l'incarico qualora necessario e verifica a cedolino del valore economico dell'incarico

1. GENERALI

Processo

Trattamento economico - Inserimento nuovi assunti

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Il settore economico riceve le posizioni e la documentazione inerente l'assunzione dal settore giuridico ed attribuisce l'inquadramento economico

input

Contratto di assunzione

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento del contratto di assunzione e documentazione necessaria al corretto

Il settore giuridico invia al settore economico il contratto e la documentazione ed inserisce la posizione a curriculum sul gestionale

2. Verifica dello stato di servizio di altro ente

Il settore economico controlla, se presente, la documentazione pervenuta ed attribuisce il corretto inquadramento economico

3. Attribuzione dell'inquadramento economico

A seguito del controllo del contratto pervenuto dal settore giuridico vengono integrati i dati mancanti e attribuito l'inquadramento economico

1. GENERALI

Processo

**Treatment economico -
progressione
orizzontale/verticale**

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Il settore economico riceve gli atti dal settore giuridico ed inserisce a cedolino la nuova fascia o la categoria

input

Determina

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento graduatoria per PEO e progressioni verticali

Il settore giuridico predispone ed invia al settore stipendi un atto con le graduatorie

2. Attribuzione inquadramento economico e fascia

Il settore economico in base agli atti ricevuti effettua le variazioni economiche entro il limite di spesa previsto dal contratto aziendale

1. GENERALI

Processo

**Treatment economico del
personale titolare di Borsa di
studio**

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Ricezione della documentazione inerente la posizione del titolare di Borsa di studio dagli uffici preposti e procede all'attribuzione del compenso.

input

Contratto e relativi atti

output

Cedolino Stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento atto di conferimento borsa di studio

Ricezione degli atti da parte del settore giuridico

2. Attribuzione inquadramento economico

Caricamento a cedolino del compenso

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Descrizione del Processo

Trattamento economico del personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Ccontinuativa

Ricezione della documentazione inerente la posizione del titolare di Contratto di Collazione Coordinata e Continuativa dal dagli uffici preposti procede all'attribuzione del compenso.

input

Contratto e relativi atti

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento atto di conferimento incarico individuale in regime di coll.coord.e

Ricezione degli atti da parte del settore giuridico

2. Attribuzione inquadramento economico

Caricamento a cedolino del compenso

1. GENERALI

Processo

Trattamento voci accessorie - Compensi commissioni concorso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Il settore economico riceve la determina e la relativa documentazione dal settore giuridico e procede all'attribuzione dei compensi

input

Determina di attribuzione compenso e rimborso spese

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento determina

Il settore giuridico predispone ed invia al settore economico la determina e la relativa documentazione

2. Verifica della documentazione e liquidazione compensi

Verifica della documentazione e inserimento a cedolino del rimborso

1. GENERALI

Processo

Trattamento voci accessorie - Compensi da LP

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

L'Unità Organizzativa Libera Professione aziendale invia/carica i flussi al settore economico per il pagamento dei compensi

input

Flusso/file informatico

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento flusso da LP in formato csv

Descrivere attività

2. Inserimento flusso su cedolino

Descrivere attività

1. GENERALI

Processo

**Trattamento voci accessorie -
Gestione del sistema
incentivante**

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Ricezione ed applicazione degli accordi aziendali sottoscritti ed eventuali indicazioni delle direzioni.

input

Accordo aziendale

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento dell'accordo sindacale

Recepimento dell'accordo dall'ufficio relazioni sindacale

2. Aggiornamento e/o inserimento tabelle relative agli incentivi

Aggiornamento delle tabelle in procedura relative agli incentivi in base a quanto definito negli accordi aziendali

3. Inserimento tramite flusso dati a gestionale per l'elaborazione sul cedolino stipendiale

Caricamento a cedolino delle quote incentivanti

1. GENERALI

Processo

**Trattamento voci accessorie -
Rimborsi Missioni**

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

In base alla documentazione inviata dai dipendenti vengono caricati a cedolino i rimborsi

input

Documento di autorizzazione del Responsabile

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento autorizzazioni delle missioni

Il dipendente invia l'autorizzazione firmata dal responsabile del servizio e tutta la documentazione necessaria per il rimborso delle spese al settore economico

2. Verifica della documentazione e liquidazione compensi

Verifica della documentazione e inserimento a cedolino del rimborso

1. GENERALI

Processo

**Trattamento voci accessorie -
Trattamento economico
legato alle presenze in servizio**

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

L'Ufficio Rilevazioni Presenze invia i flussi da inserire a cedolino

input

Flusso informatico

output

Cedolino stipendiale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Recepimento flusso da RP

Ricezione del flusso da parte dell'Ufficio Rilevazione Presenze

2. Inserimento flusso RP su cedolino

Caricamento in procedura del flusso

SUMAGP

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Affidamento incarichi di sostituzione

Descrizione del Processo

Attribuire un incarico di sostituzione alla Direzione di UOC per temporanea assenza del titolare

input

Applicazione delle norme contenute nel CCNL

output

affidamento incarico e adeguamento economico

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore SUMAGP Macr

1. Rilevazione della necessità di coprire il posto

La macroarticolazione di riferimento comunica alla direzione aziendale la necessità di ricoprire provvisoriamente il posto

2. Espletamento delle verifiche secondo i criteri definiti dal CCNL

La macroarticolazione espleta le verifiche secondo i criteri individuati dal CCNL e individua il sostituto

3. Comunicazione alla direzione dell'esito della procedura

La macroarticolazione comunica alla direzione aziendale la conclusione della procedura

4. Informativa al dipendente

Viene comunicato al dipendente l'avvenuta individuazione e la decorrenza dell'incarico di sostituzione

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Comandi, distacchi, collaborazioni, avvalimento (in entrata)

Descrizione del Processo

Attivazione di assegnazione temporanea presso altra amministrazione

input

Richiesta del Direttore della macroarticolazione

output

Atto di assegnazione temporanea

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Individuazione del professionista

Acquisizione del curriculum per l'attivazione dell'assegnazione temporanea da parte del direttore della macroarticolazione

2. Consenso del professionista all'assegnazione temporanea

Richiesta al professionista di attivare l'assegnazione temporanea per l'espletamento dell'attività a cui verrà dedicato

3. Richiesta all'amministrazione di provenienza di attivazione del comando

Richiesta all'amministrazione di provenienza di autorizzazione all'assegnazione temporanea del professionista individuato

4. Individuazione e decorrenza dell'assegnazione temporanea del

Atto di individuazione dell'attivazione dell'assegnazione temporanea

1. GENERALI

Processo

Conferimenti incarichi ex art. 15-septies

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

individuazione di professionista a tempo determinato, con specifiche professionali di particolare rilevanza o interesse strategico o per attuazione di progetti

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore Generale

01. Analisi e definizione dei fabbisogni

Ricorso all'art 15 septies comma 1 per il conferimento di incarichi di natura dirigenziale per professionalità non rilevabili in azienda e comma 2 per incarichi di rilevanza ad esperti in relazione alle caratteristiche dell'incarico da conferire / art. 15 octies per l'individuazione di professionalità per l'attuazione di progetti finalizzati non sostitutivi dell'attività ordinaria. Individuazione di professionista in possesso di particolari requisiti in termini di competenze ed esperienze, per l'esercizio delle funzioni oggetto dell'incarico da conferire

02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di

Individuazione da parte della macroarticolazione del profilo professionale da mettere a bando, e individuazione dei requisiti specifici da riportare nel bando

03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)

Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per la pubblicazione su BUR e G.U. e pubblicizzazione

04. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al bando

05. Nomina Commissione

Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva

06. Individuazione delle prove

La Commissione individua le prove d'esame (valutazione tramite punteggio)

07. Valutazione dei requisiti del curricula

Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando

08. Svolgimento della prova

Individuazione del luogo per l'espletamento della prova e individuazione del candidato più idoneo a ricoprire l'incarico

09. Conferimento dell'incarico

Conferma da parte del DG del candidato individuato tramite visione del verbale trasmesso dal Segretario della Commissione Esaminatrice

10. Assunzione a Tempo Determinato con contestuale affidamento incarico

Sottoscrizione del contratto di assunzione a tempo determinato

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Conferimento di incarico di struttura complessa del ruolo sanitario

Descrizione del Processo

Attivazione di procedura selettiva per la individuazione da parte del Direttore Generale del candidato più idoneo all'assunzione nell'ambito della terna dei nominativi, con contestuale conferimento dell'incarico

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore Generale

01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Individuazione della necessità di copertura della SC.
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione del fabbisogno oggetto della struttura (in termini di profilo oggettivo e profilo soggettivo) ed individuazione dei requisiti specifici di ammissione nel rispetto della normativa vigente
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando), previa	Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per la pubblicazione su BUR e pubblicizzazione
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione previsti dal bando
05. Nomina Commissione	Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva, a seguito di individuazione dei componenti mediante sorteggio da parte di apposita commissione di sorteggio
06. Individuazione della prova	La Commissione individua la prova d'esame (valutazione tramite punteggio)
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando
08. Svolgimento della prova	Individuazione del luogo per l'espletamento della prova e individuazione della terna dei più idonei, sulla base dei migliori punteggi conseguiti nella valutazione dei titoli e del colloquio.
09. Individuazione da parte del Direttore Generale del candidato più idoneo	Il Direttore Generale, a seguito dell'esame del verbale trasmesso dalla commissione esaminatrice, sceglie il candidato a cui conferire l'incarico nell'ambito della terna individuata dalla commissione stessa sulla base dei migliori punteggi conseguiti nella valutazione dei titoli e del colloquio. In caso di scelta di candidato diverso dal primo in ordine di punteggio, motiva adeguatamente la scelta.
10. Assunzione a Tempo Indeterminato con contestuale affidamento incarico	Sottoscrizione del contratto di assunzione a tempo indeterminato e conferimento oincarico di struttura complessa.

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Mobilità diretta in entrata tra P.A.

Descrizione del Processo

Mobilità in ambito interaziendale per passaggio diretto del dipendente tra pubbliche amministrazioni

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

01. Analisi e definizione dei fabbisogni

Individuazione del fabbisogno da parte di ciascuna macroarticolazione, attività prodromica alla stesura del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale (PTFP)

02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di

Individuazione da parte della macroarticolazione del profilo professionale da mettere a bando, e individuazione dei requisiti specifici da riportare nel bando

03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)

Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per la pubblicazione su BUR e G.U. e pubblicizzazione

04. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al bando

05. Nomina Commissione

Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva

06. Valutazione dei requisiti del curricula

Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando

07. Svolgimento del colloquio

Individuazione del luogo per l'espletamento della prova necessaria al conseguimento alla idoneità

08. Valutazione del colloquio

Verifica da parte della commissione esaminatrice delle prove a cui sono stati sottoposti i candidati ed esito della valutazione

09. Formazione dell'elenco degli idonei alla mobilità

La commissione esaminatrice, valutate le prove formula l'elenco alfabetico degli idonei

10. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego

Individuazione del candidato avente diritto all'assunzione, con conseguente verifica del possesso dei requisiti necessari alla costituzione del rapporto di lavoro

11. Assunzione mediante passaggio diretto tra Pubbliche Amministrazioni

Costituzione del rapporto di lavoro subordinato di dipendenza con individuazione della data di decorrenza del rapporto di lavoro

1. GENERALI

Processo

Procedura comparativa per il conferimento di contratto di lavoro autonomo, di collaborazione e di borsa di studio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Attivazione della procedura comparativa per l'individuazione del soggetto a cui sarà conferito l'incarico per il raggiungimento di obiettivi

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione un atto con consenso

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di partecipazione)

Individuazione da parte della macroarticolazione del profilo professionale da mettere a bando, e individuazione dei requisiti specifici da riportare nel bando

2. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)

Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per la pubblicizzazione

3. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al bando

4. Nomina della Commissione di valutazione

Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva

5. Valutazione comparata dei curricula

Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando

6. Individuazione il/i candidato/i più idoneo/i

La commissione esaminatrice, valutati i titoli e l'esito dell'eventuale colloquio, individua il candidato a cui conferire l'incarico

7. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego

Individuazione del candidato avente diritto al conferimento dell'incarico con conseguente verifica del possesso dei requisiti necessari

8. Conferimento incarico

Conferimento dell'incarico

1. GENERALI

Processo

Procedura selettiva per il conferimento di incarico dirigenziale, (Professional, Alta Specializzazione, SSD, UOS) incarichi di funzione e incarichi di coordinamento

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Attivazione procedura selettiva per il conferimento di incarichi nell'ambito della dirigenza e del comparto

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Atto di conferimento dell'incarico con individuazione della data di conferimento

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Responsabile Struttura

1. Definizione dell'eventuale bando

Emissione di avviso di procedura selettiva, secondo quanto previsto dalla contrattazione collettiva e/o integrativa e relativa pubblicizzazione

2. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso da parte dei candidati dei requisiti generali e specifici di ammissione indicati nel bando

3. Nomina della commissione

Provvedimento di nomina della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva, ove prevista in base al CCNL e alla contrattazione integrativa aziendale, previa acquisizione dichiarazioni assenza cause di incompatibilità

4. Individuazione dei criteri di valutazione

Individuazione da parte della Commissione di valutazione, ove prevista, ovvero da parte del valutatore previsto dal CCNL dei criteri di valutazione, ove gli stessi non siano già previsti nel CCNL, nella contrattazione integrativa aziendale o nella normativa, ove presente

5. Valutazione dei candidati

La Commissione di valutazione, ove prevista, o il valutatore in base al CCNL, valutano i candidati attribuendo giudizi, in esito alla valutazione del curriculum formativo e professionale e, se previste, di prove d'esame

6. Individuazione del professionista a cui conferire l'incarico

La Commissione esaminatrice o il valutatore, in base alla previsione contrattuale, procede all'individuazione degli aventi diritto per l'attribuzione dell'incarico

7. Conferimento dell'incarico

Adozione dell'atto

1. GENERALI

Processo

Procedura selettiva per la costituzione di rapporti di lavoro subordinato di dipendenza

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Attivazione di procedure selettive per la individuazione degli aventi diritto all'assunzione con rapporto di lavoro subordinato di dipendenza tramite la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro con individuazione della data di decorrenza del rapporto di lavoro

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

01. Analisi e definizione dei fabbisogni

Individuazione del fabbisogno da parte di ciascuna macroarticolazione, attività prodromica alla stesura del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale (PTFP)

02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di

Individuazione da parte della macroarticolazione del profilo professionale da mettere a bando, e indicazione dei requisiti specifici da riportare nel bando, previsti dalla normativa vigente

03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)

Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per la pubblicazione su BUR e G.U. e pubblicizzazione

04. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso da parte dei candidati dei requisiti generali e specifici di ammissione indicati nel bando

05. Nomina Commissione

Provvedimento di nomina della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva, previa acquisizione dichiarazioni assenza cause di incompatibilità

06. Individuazione delle prove

La Commissione individua le prove d'esame nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente (valutazione tramite punteggio)

07. Valutazione dei requisiti del curricula

Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando, mediante criteri di valutazione predefiniti in base alla normativa vigente

08. Svolgimento delle prove

Svolgimento delle prove d'esame previste dalla normativa e conseguentemente dal bando, nel luogo appositamente individuato per l'espletamento delle stesse

09. Valutazione delle prove

Valutazione da parte della commissione esaminatrice delle prove a cui sono stati sottoposti i candidati e pubblicazione esito della valutazione

10. Formazione della graduatoria

La commissione esaminatrice, terminate le prove formula la graduatoria finale, sulla base della valutazione delle stesse e dei titoli

11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego

Individuazione del candidato avente diritto all'assunzione, con conseguente verifica del possesso dei requisiti necessari alla costituzione del rapporto di lavoro

12. Assunzione

Costituzione del rapporto di lavoro subordinato di dipendenza con individuazione della data di decorrenza del rapporto di lavoro

1. GENERALI

Processo

Progressioni orizzontali e verticali del personale dipendente

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Passaggio orizzontale nell'ambito della medesima categoria e passaggio verticale alla categoria superiore del personale dipendente

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile **Direttore**

01. Analisi del fabbisogno

Individuazione del fabbisogno a livello aziendale, nel rispetto del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale (PTFP)
A. passaggio orizzontale : individuazione dei profili per passaggio nell'ambito della medesima categoria del personale dipendente
B. passaggio verticale: individuazione del personale per il passaggio alla categoria superiore del personale dipendente

02. Individuazione dei profili professionali per il passaggio

Individuazione da parte della Direzione del profilo professionale da mettere a bando, e individuazione dei requisiti specifici da riportare nel bando, nel rispetto della normativa vigente

03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Provvedimento di indizione con relativo bando allegato, per pubblicizzazione
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al bando
05. Nomina Commissione	Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva
06. Individuazione delle prove	La Commissione individua le prove d'esame (valutazione tramite punteggio)
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Valutazione da parte della Commissione esaminatrice dei curricula presentati dai candidati aderenti al bando
08. Svolgimento delle prove	Individuazione del luogo per l'espletamento delle prove necessarie al conseguimento alla idoneità alla graduatoria
09. Valutazione delle prove	Verifica da parte della commissione esaminatrice delle prove a cui sono stati sottoposti i candidati ed esito della valutazione
10. Formazione della graduatoria	La commissione esaminatrice, valutate le prove formula la graduatoria finale
11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Individuazione del candidato avente diritto alla progressione, con conseguente verifica del possesso dei requisiti necessari alla costituzione del rapporto di lavoro
12. Nuovo inquadramento per effetto dell'esito della selezione interna	Sottoscrizione del contratto individuale di lavoro conseguente al nuovo inquadramento giuridico

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo

Selezione dal Centro per l'Impiego

Descrizione del Processo

Attivazione di procedure selettive per la individuazione degli aventi diritto all'assunzione con rapporto di lavoro subordinato di dipendenza tramite la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro con individuazione della data di decorrenza del rapporto di lavoro tramite il Centro per l'Impiego

input

Richiesta da parte della Macroarticolazione

output

Sottoscrizione contratto individuale di lavoro per Ingresso lavorativo del candidato avente diritto all'assunzione

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

01. Analisi e definizione dei fabbisogni

Individuazione del fabbisogno da parte di ciascuna macroarticolazione, attività prodromica alla stesura del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale (PTFP)

02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di

Individuazione da parte della macroarticolazione del profilo professionale da mettere a bando, e individuazione dei requisiti specifici da riportare nel bando da trasmettere al Centro per l'impiego

03. Attivazione procedura e predisposizione bando (pubblicazione del bando da parte del

Asta da parte del Centro per l'impiego

04. Valutazione dei requisiti di ammissione

Verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione al bando

05. Acquisizione elenco ammessi alla procedura gestita da l Centro per l'impiego

Inizio attività per la formulazione della graduatoria finale

06. Nomina Commissione

Provvedimento di composizione della Commissione Esaminatrice della procedura selettiva

07. Individuazione della prova

La Commissione individua le prove d'esame (valutazione tramite punteggio)

08. Svolgimento delle prove

Individuazione del luogo per l'espletamento delle prove necessarie al conseguimento alla idoneità alla graduatoria

09. Valutazione delle prove

Verifica da parte della commissione esaminatrice delle prove a cui sono stati sottoposti i candidati ed esito della valutazione

10. Formazione elenco degli idonei

La commissione esaminatrice, valutate le prove formula l'elenco degli idonei finale

11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego

Individuazione del candidato avente diritto all'assunzione, con conseguente verifica del possesso dei requisiti necessari alla costituzione del rapporto di lavoro

12. Assunzione

Costituzione del rapporto di lavoro subordinato di dipendenza con individuazione della data di decorrenza del rapporto di lavoro

1. GENERALI

Processo

Valutazioni quinquennali e quindicennali

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Descrizione del Processo

Applicazione della normativa in materia di sviluppo di carriera della dirigenza

input

CC.CC.NN.LL

output

Adeguamento economico

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Disponibilit  di elenco dei professionisti interessati

Estrazione dalla procedura di gestione (GRU) di un file riportante l'elenco dei professionisti che hanno maturato l'anzianit  corrispondente

2. Valutazione del candidato

Viene inviata una richiesta di autovalutazione all'interessato e di valutazione al responsabile di afferenza su modulo, da rinviare all'ufficio scrivente

3. Variazione economica > 15 anni

Ottenuta la valutazione positiva viene comunicata ad altra UOC la variazione economica da apportare .

4. Conferimento incarico e variazione economica >5 anni

Ottenuta la valutazione positiva, viene conferito un incarico specialistico di base a fronte dell'incremento economico

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Gestione delle entrate

Descrizione del Processo

Ciclo attivo: decentramento attività di fatturazione ai gestori tramite GAAC o altre procedure (Lepida per LP comunque integrate in GAAC) con regolarizzo incasso

input

Emissione fattura attiva su richiesta del gestore

output

Incasso fattura attiva

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Gestione Anagrafiche clienti

Gestione Business Partner in anagrafica centralizzata regionale ed anagrafica locale per gli attributi specifici. Possono procedere solo gli utenti abilitati a livello regionale.

2. Fatturazione attiva

Emissione delle fatture attive a cura prevalente dei servizi gestori ed in via solo residuale a carico del SUMCF

3. Controlli esiti delle fatture elettroniche emesse

Verifiche sulla effettiva ricezione della fattura emessa da parte del cliente

4. Archiviazione documenti attivi in conservazione

Trasmissione dei documenti attivi emessi in Conservazione (PARER)

5. Importazione documenti attivi da procedure esterne

Acquisizione informatica di flussi di ricavi e crediti e/o incassi

6. Incassi

Registrazione degli incassi aziendali

7. Attività Recupero Crediti

Coordinamento delle attività necessarie al recupero del credito scaduto e non ancora incassato
Coordinamento di tavolo di incontri periodici tra uffici gestori e ufficio legale, al fine della verifica della corretta applicazione del regolamento recupero crediti e pianificazione delle eventuali azioni legali. Rilevazione contabile degli eventuali esiti.

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Gestione delle uscite

Descrizione del Processo

Ciclo passivo: gestione fatture passive da fornitore a seguito di acquisizione beni e/o servizi dai parte dei gestori.

input

Ricevimento fattura

output

Pagamento

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

01. Ricezione della fattura

Scarico fattura da SDI (Sistema di Interscambio)

02. Registrazione fatture

Rilevazione contabile fatture

03. Gestione Anagrafiche fornitori

Gestione Business Partner in anagrafica centralizzata regionale ed anagrafica locale per gli attributi specifici. Possono procedere solo gli utenti abilitati al livello regionale

04. Verifiche Durc

Richiesta DURC su sito INPS o INAIL ai fini della verifica della regolarità contributiva dei fornitori

05. Verifica Agenzia delle Entrate - Riscossione

Verifica assenza di cartelle esattoriali su fornitori di beni e servizi

06. Pagamento della fattura

Pagamento delle somme spettanti ai fornitori per i beni e servizi, autorizzate preventivamente dai servizi gestori

07. Gestione delle cessioni dei crediti certificati ad intermediario finanziario abilitato

Accettazione / Rifiuto delle Cessioni di Credito notificate

08. Comunicazione dei debiti scaduti da parte del SUMCF ai servizi gestori

Informativa ai servizi gestori delle fatture pervenute e non ancora liquidate

09. Certificazione dei crediti su istanza del creditore

Informativa ai fornitori delle rispettive fatture nell'ambito del Portale Certificazione Crediti
Inserimento in apposito sito del MEF di tracciato record relativo alle fatture passive presenti in contabilità generale alla data di caricamento e relativo aggiornamento circa i pagamenti e/o sospensioni - Risposte documentate a specifiche richieste da parte dei fornitori

10. Archiviazione documenti passivi in conservazione

Trasmissione dei documenti passivi ricevuti in Conservazione (PARER)

SUME

1. GENERALI

Processo

Cessione dei beni dismessi ad enti senza scopo di lucro

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

L'azienda mette a disposizione un elenco dei beni non più in uso, ma ancora utilizzabili per scopi umanitari a cessione gratuita senza scopo di lucro per progetti a valenza socio-umanitaria

input

Elenco dei beni da parte dei gestori

output

Pubblicazione elenchi sul sito aziendale

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Pubblicazione dei beni disponibili nell'area dedicata del sito web aziendale

Produzione e pubblicazione, sul sito aziendale, dell'elenco dei beni da cedere gratuitamente.

2. Ricevimento delle richieste di beni

Ricezione mediante posta elettronica della richiesta dei beni effettuata dall'ente, su modulo on-line, presente sul sito web aziendale.

3. Cessione dei beni

Produzione, protocollazione ed invio, tramite gestionale documentale Babel, all'ente richiedente, della conferma alla cessione dei beni richiesti on-line.

4. Consegna e ritiro dei beni

Ritiro da parte dell'ente, presso i locali di stoccaggio aziendali, dei beni da cedere a titolo gratuito e contestuale nostra emissione di documento di trasporto oltre che messa in fuori uso nell'applicativo cespiti.

5. Atto di messa in fuori uso e cessione gratuita

Creazione e firma su documentale con contestuale pubblicazione, nell'albo informatico, dell'atto relativo ai beni messi fuori uso e ceduti gratuitamente per fini umanitari.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Esecuzione del contratto - Acquisti mediante emissione ordini su contratto

Descrizione del Processo

Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dal SAM. Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, importo, la durata e il CIG che vengono inseriti in procedura GAAC dal SAM sulla base di atti deliberativi o determine. Il SUME provvede all'emissione degli ordini mediante elaborazioni su procedura per valutare la necessità di riordino e il ripristino delle scorte rispetto ai parametri di scorta minima prefissati. In caso l'importo dei contratti aggiudicati non sia sufficiente a coprire i fabbisogni il SUME lo segnala al SAM il quale entro i limiti contrattuali consentiti (ampliamento del 20%) effettua le opportune modifiche.

input

determine SAM

output

verbali di verifica e di esecuzione del contratto

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. ricevimento e smistamento delle determine stipulate dal Servizio Acquisti Metropolitano

: Le determine stipulate dal SAM vengono trasmesse al SUME tramite babel. Nei provvedimenti vengono definiti la ditta aggiudicataria, l'oggetto del bene/servizio, la durata del contratto, i prezzi unitari, il conto economico a cui imputare le spese e il Codice Identificativo di Gara. I contratti a seguito di determina vengono inseriti in procedura GAAC dal SAM. Le determine a seconda dell'oggetto e dai fattori produttivi in esse indicati vengono smistate all'interno del SUME agli operatori identificati all'approvvigionamento di quel bene/servizio.

2. emissione di ordinativi di acquisto

gli ordinativi di acquisto vengono effettuati sulla base delle richieste di acquisto di beni/servizi pervenute dalle varie U.O e dall'elaborazione settimanale del sottoscorta dei due magazzini economici al fine di valutare la necessità di riordino e il ripristino delle scorte rispetto ai parametri di scorta minima prefissati. Viene effettuata una verifica che i fabbisogni corrispondano qualitativamente e quantitativamente ai consumi dell'anno precedente. Appurata la presenza che il bene/servizio richiesto sia presente in una determina del SAM si procede con l'emissione degli ordinativi di acquisto con i prezzi e le condizioni previsti dal contratto. In caso di necessità di integrazione dell'importo del contratto viene effettuata la richiesta al SAM di procedere all'ampliamento.

3. svolgimento delle funzioni del Direttore esecuzione contratto (DEC) relativamente alla

il DEC svolge attività di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dei contratti al fine di verificare il rispetto da parte dell'appaltatore delle prestazioni e disposizioni contenute nei documenti contrattuali. Tiene la contabilità del contratto, effettua il monitoraggio della spesa e i controlli quali-quantitativi sulle prestazioni.

4. ricezione del bene.

verifica della corrispondenza quali/quantitativa dei beni consegnati con l'ordinativo di acquisto, carico del documento di trasporto (DDT) in procedura GAAC e relativo scarico alle unità richiedenti.

5. ricezione del servizio.

verifica dell'avvenuto servizio attraverso fogli di lavoro firmati dai referenti aziendali e successivo carico della prestazione in procedura GAAC.

6. liquidazione della fattura in DigitGo.

liquidazione delle fatture che presentano disallineamenti tra ordine/bolla e fattura tramite l'applicativo DigitGo.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Descrizione del Processo

Emissione di ordini per acquisti di beni e servizi non contrattualizzati. Per gli acquisti di importo di valore < 5.000 richiesta di preventivo tramite e-mail. Per importi ricompresi tra €5.000 e €40.000 richiesta di preventivo tramite Sater. In entrambi i casi pubblicazione della nota a contrarre sul profilo del committente.

input

richieste di acquisto
sottoscorta

output

indagine di mercato
affidamento diretto
emissione dell'ordine

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricevimento delle richieste di beni e/o servizi da parte delle UO utilizzatrici ed

Raccolta delle richieste di acquisto di beni e/o servizi attraverso caselle di posta elettronica condivisa ed elaborazione settimanale del sottoscorta dei due magazzini economici al fine di valutare la necessità di riordino e il ripristino delle scorte rispetto ai parametri di scorta minima prefissati.

2. verifica quali-quantitativa del fabbisogno per la determinazione dell'importo annuo

verifica che i beni o i servizi richiesti e le proposte d'ordine generate dall'applicativo GAAC corrispondano qualitativamente e quantitativamente ai consumi dell'anno precedente e contestuale verifica della presenza o meno di un contratto attivo. In caso di fabbisogni non ricompresi in contratti aggiudicati dal SAM stima dell'importo annuo presunto al fine di individuare il tipo di procedura da adottare. Per importi di valore inferiore a 5.000 euro richiesta di preventivo cartacea tramite posta elettronica. Per importi ricompresi tra 5.000 euro e 40.000 euro ricorso ai mercati elettronici della Pubblica Amministrazione

3. acquisizione di beni e servizi per importi inferiori a 5.000 euro.

Acquisizione del Codice Identificativo di Gara (Smart CIG). Indagine di mercato mediante richiesta di preventivo trasmessa a due o più operatori economici mediante posta elettronica su format predisposto dal SUME ed affidamento al minor prezzo. In caso di continuità di forniture/prestazioni precedenti o in presenza di dichiarazione di esclusività da parte del servizio richiedente richiesta di preventivo mediante posta elettronica ad un unico operatore economico senza previa consultazione di due o più operatori economici (affidamento diretto). In tutti i casi trasmissione del modulo relativo all'autocertificazione ex art.80 Codice degli Appalti. Consultazione del casellario ANAC. Verifica regolarità contributiva (DURC). Verifica dell'insussistenza dei motivi di esclusione stabiliti dall'art. 80 del D.Lgs. N. 50/2016 di cui ai comma 1), 2), 4), 5)

4. acquisizione di beni e/o servizi per importi ricompresi tra 5.000 euro e 40.000 euro

acquisizione del Codice Informativo Monitoraggio Gare (SIMOG). Richiesta di preventivo attraverso l'utilizzo dei mercati elettronici della Pubblica Amministrazione (Intercent-Er -MEPA), corredata di modulo relativo all'autocertificazione ex art.80 Codice degli appalti, indirizzata a tutti gli operatori economici iscritti alla classe merceologica oggetto dell'acquisto ed aggiudicazione al minor prezzo. Per acquisti di beni/servizi per i quali è necessaria una valutazione qualitativa o quando è presente la dichiarazione di esclusività da parte del servizio richiedente trasmissione della richiesta di preventivo mediante mercato elettronico ad un unico operatore economico ed affidamento diretto. Consultazione del casellario ANAC. Verifica regolarità contributiva (DURC). Verifica dell'insussistenza di tutti i motivi di esclusione stabiliti dall'Art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016.

5. emissione dell'ordinativo.

redazione e pubblicazione della nota a contrarre sul profilo del committente sulla quale viene indicato il fornitore, la natura del bene, l'importo, il Codice Identificativo di Gara (Smart Cig) o il Codice Informativo Monitoraggio (SIMOG), la motivazione e il criterio di scelta adottato. Inserimento del contratto in procedura GAAC e conseguente emissione e trasmissione dell'ordinativo di acquisto alla ditta aggiudicataria tramite il codice identificativo Peppol. Nel caso di necessità di integrazione, ampliamento del contratto entro il 20% previsto dalla normativa.

6. ricezione del bene

verifica della corrispondenza quali/quantitativa dei beni consegnati con l'ordinativo di acquisto, carico del documento di trasporto (DDT) in procedura GAAC e relativo scarico alle unità richiedenti.

7. ricezione del servizio.

verifica dell'avvenuto servizio attraverso fogli di lavoro firmati dai referenti aziendali e successivo carico della prestazione in procedura GAAC.

8. liquidazione delle fatture in Digitgo.

liquidazione delle fatture che presentano disallineamenti tra ordine, bolla e fattura tramite l'applicativo DigitGo.

1. GENERALI

Processo

Gestione Cassa Economale

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Descrizione del Processo

Attraverso la cassa economale l'azienda provvede al pagamento di spese minute necessarie al funzionamento dell'Azienda per le quali, non essendo possibile esperire le procedure d'appalto ad evidenza pubblica, negoziate e in economia attraverso il Servizio competente, si deve provvedere immediatamente, entro i limiti e nel rispetto delle regole previste

input

richiesta di pagamento

output

versamento al tesoriere
prospetto riepilogativo SUMCF

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. ricevimento delle richieste di pagamento tramite cassa economale

ricevimento delle richieste di pagamento provenienti dai Direttori/Responsabili delle UU.OO. o da suoi delegati riportanti data, timbro, firma, natura e il motivo dell'acquisto nonché eventuale utilizzo di appositi fondi. Le spese devono essere documentate con ricevute fiscali, scontrini, in originale (fatta eccezione per i pagamenti effettuati on-line di cui si accetta la stampa cartacea). Il sub agente preposto alle operazioni di cassa economale verifica che la richiesta di pagamento contenga l'idonea documentazione a supporto della stessa.

2. Pagamento e registrazione delle spese effettuate con cassa economale

Il sub agente, verificata la correttezza della richiesta di pagamento dà corso allo stesso con denaro contante, bonifico o assegno, provvedendo all'emissione di un documento che, in unica copia attesta l'avvenuto pagamento e la conserva agli atti a titolo di quietanza allegandola alla richiesta di pagamento, corredata dagli altri documenti giustificativi. Il sub agente tiene informaticamente un registro analitico delle spese effettuate con cassa economale, provvedendo alla registrazione delle stesse nell'apposita procedura informatica in ordine cronologico ed in tempo reale riportando la data dell'operazione, conto d'imputazione, centro di costo, importo e descrizione della spesa. Il sub agente procede all'accesso alla procedura informatica, utilizzando un'apposita password personale. Il sub agente provvede ad effettuare controlli sul totale dei pagamenti eseguiti rispetto al totale elaborato nel registro analitico dei pagamenti ogni qual volta si effettua un'operazione di pagamento. Nel caso riscontri delle differenze dovrà giustificare l'ammanco o l'eccedenza, informando l'Agente Contabile. Quest'ultimo a sua volta ha il compito di effettuare gli adempimenti del caso, ossia dare comunicazione di quanto ravvisato al Servizio Affari Legali, al SUMCF per l'iscrizione in contabilità del debito o credito ed eventualmente presentare denuncia alle autorità competenti

3. Rendicontazione al SUMCF

Con cadenza mensile, ed in ogni caso entro i primi del mese successivo a quello in cui le spese sono state sostenute dalla cassa economale, l'agente contabile provvede a rendicontare le spese effettuate al SUMCF. Il rendiconto analitico è redatto su apposito prospetto riassuntivo da procedura informatica, sottoscritto dall'agente contabile o da un sub agente contabile delegato e riporta tutte le spese sostenute suddivise per conto d'imputazione.

4. Riscossioni entrate

Riscossione delle entrate derivanti da introiti occasionali (esempio buoni pasto), per i quali sussiste la necessità di immediato incasso e non sia possibile il diretto versamento presso la Tesoreria. Il sub agente contabile deve mantenere informaticamente un registro analitico degli incassi ordinato cronologicamente e rilasciare regolare quietanza in duplice copia, una da consegnare al versante, l'altra da conservare agli atti.

5. Controllo degli incassi della giornata e deposito delle somme rimosse

Il sub agente effettua di regola giornalmente la chiusura, predisponendo la stampa dei movimenti con l'indicazione degli importi incassati e degli eventuali rimborsi. Nel caso riscontri delle differenze provvede a giustificare l'ammanco o l'eccedenza informando tempestivamente l'Agente contabile. Quest'ultimo ha il compito di dare comunicazione di quanto ravvisato al Servizio Affari Legali, al SUMCF per l'iscrizione in contabilità del debito o del credito ed eventualmente presentare denuncia alle autorità competenti. Alla fine della giornata il sub agente deve provvedere al deposito delle somme rimosse nella cassaforte insieme ad apposita distinta sottoscritta. Alla chiusura giornaliera il sub agente deve inoltre provvedere alla preparazione del versamento degli incassi che settimanalmente viene ritirato dal portavalori per il versamento al tesoriere.

6. Rendicontazione al SUMCF

Con cadenza mensile il sub agente contabile deve provvedere a rendicontare gli incassi effettuati al SUMCF. Il rendiconto analitico è redatto su apposito prospetto riassuntivo, distinta di versamento, distinta di rimborso ed elenco uscite mensile, elaborato informaticamente, sottoscritto dall'agente contabile.

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Gestione delle dismissioni di beni in inventario

Descrizione del Processo

L'inventario dei beni materiali ed immateriali a utilità pluriennale (immobilizzazioni) facenti capo all'AUSL BO rappresenta tutti i beni durevoli di questa Azienda. L'Inventario è il documento amministrativo-contabile che elenca e descrive i beni di uso durevole destinato a far conoscere in qualsiasi momento la consistenza del patrimonio aziendale per qualità, quantità e valore. In conformità alla normativa vigente l'Azienda aggiorna annualmente l'inventario dei beni patrimoniali, mobili ed immobili.

input

Verbali, certificati e moduli di dichiarazione fuori uso. Denunce furto/smarrimento

output

Registrazione dismissione nella piattaforma Cespiti Web

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Verbale di ricognizione sullo stato d'uso dei beni inventariati

Presa d'atto dei verbali di ricognizione sullo stato d'uso di tecnologie biomediche in dotazione a Presidi vari dell'Azienda, dei certificati di fuori uso prodotti dall'Help Desk Informatico e validati dell'U.O. Tecnologie Informatiche e ai Moduli di dichiarazione di fuori uso di Mobili arredi ed altri beni strumentali sottoscritti dagli assegnatari oltre alle eventuali denunce di furto/smarrimento pervenute.
Caricamento dei beni da mettere in fuori uso nell'Ordine di Gestione ciclo fuori uso, generato in procedura cespiti.

2. Conferma ciclo fuori uso

Conferma dell'ordine di gestione dei beni proposti in fuori uso con calcolo dell'eventuale minusvalenza e generazione delle scritture nella scheda movimenti cespiti

3. Generazione dell'ordine di contabilizzazione

Generazione dell'ordine di contabilizzazione dei beni in fuori uso, con contestuale produzione delle scritture in partita doppia da far transitare nel gestionale di contabilità, funzionale alla quadratura tra patrimonio e cespiti.

4. Produzione dell'atto relativo ai fuori uso sul documentale aziendale Babel

Creazione e firma su documentale con contestuale pubblicazione, nell'albo informatico, dell'atto dei beni messi in fuori uso.

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo

Gestione dell'inventario dei beni immobili e mobili ad utilità pluriennale, materiali ed immateriali

Descrizione del Processo

L'inventario dei beni materiali ed immateriali a utilità pluriennale (immobilizzazioni) facenti capo all'AUSL BO rappresenta tutti i beni durevoli di questa Azienda. L'inventario è il documento amministrativo-contabile che elenca e descrive i beni di uso durevole destinato a far conoscere in qualsiasi momento la consistenza del patrimonio aziendale per qualità, quantità e valore. In conformità alla normativa vigente l'Azienda aggiorna annualmente l'inventario dei beni patrimoniali, mobili ed immobili.

input

Bolla di consegna - Atto di proprietà

output

Inserimento nella piattaforma Cespiti Web

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Acquisizione del bene dall'ambiente di precarica del gestionale cespiti

Acquisizione del bene generato dall'ordinante nell'ambiente di precarica una volta effettuato il collegamento contabile tra ordine d'acquisto, documento di trasporto e fattura fornitore.

2. Invio della scheda cespiti e dell'etichetta adesiva col numero d'inventario alla U.O. di

Invio della scheda cartacea di precarica al consegnatario indicato nell'ordine d'acquisto (come da richiesta d'ordine) e dell'etichetta adesiva col numero d'inventario e richiesta allo stesso, tramite modulistica da restituire, del codice locale di ubicazione del bene.

3. Caricamento del bene nel gestionale

Caricamento del cespiti in carica definitiva nel gestionale con contestuale creazione della scheda cespiti e del movimento di acquisizione.

4. Creazione dell'ordine di contabilizzazione

Generazione e passaggio della scrittura patrimoniale relativa alla parte passiva dello stato patrimoniale, legata alla fonte di finanziamento utilizzata, in contabilità.

5. Aggiornamento della piattaforma on-line Cespiti Web

Trasferimento mediante migrazione dei dati caricati nel gestionale aziendale alla piattaforma on-line, consultabile, Cespiti Web.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Programma biennale Acquisti

Descrizione del Processo

L'analisi dei fabbisogni degli articoli contenuti nei contratti in scadenza prevede la verifica dello storico dei consumi per categoria merceologica e la contestuale stima quantitativa annua per singolo articolo. Viene compilato un elenco degli articoli contenente, oltre alle quantità annue presunte, anche le specifiche relative alla descrizione del prodotto codice di Repertorio e CND, solo per i dispositivi medici- DM e ultimo prezzo unitario applicato. L'elenco viene poi trasmesso al Serv. Acquisti Metr. per la predisposizione ed espletamento procedura di gara

input

scadenziario contratti

output

programma biennale degli acquisti da trasmettere al SAM

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Analisi dei contratti in scadenza e definizione dei fabbisogni

L'analisi dei fabbisogni di beni e servizi contenuti nei contratti in scadenza mediante verifica dello storico dei consumi e contestuale stima quantitativa annua per ogni singolo bene/servizio.

2. Predisposizione e trasmissione dei fabbisogni

Compilazione di una tabella contenente, oltre alle quantità annue presunte, anche le specifiche relative alla descrizione dei beni/servizi, codice di repertorio, CND e ultimo prezzo unitario praticato. Trasmissione al Servizio Acquisti Metropolitano per la predisposizione ed espletamento delle procedura di gara.

TIC

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Analisi e definizione del fabbisogno

Descrizione del Processo

Analisi e definizione dei fabbisogni sulla base delle priorità, dei progetti da attivare e delle esigenze di rinnovo tecnologico

input

Priorità e progetti da attivare
Report e informazioni dei sistemi di inventariazione tecnica e monitoraggio richieste utenti

output

programma biennale degli acquisti da trasmettere al SAM

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Ricognizione stato d'uso apparecchiature informatiche

Valutazione periodica dello stato delle attrezzature informatiche a partire dalle informazioni dei sistemi di inventariazione tecnica.
Verifica periodica delle richieste e proposte di fuori uso. Il processo prevede la verifica delle richieste e prevallutazioni sulle proposte in modo da limitare rischi di arbitrarietà.

2. Stesura programma annuale priorità investimenti/rinnovi tecnologici

La programmazione di beni e servizi viene effettuata sulla base delle priorità, dei progetti da attivare e delle esigenze di rinnovo tecnologico
La programmazione di beni e servizi di competenza di UOTIC viene inviata al SAM ed è sottoposta a verifica del Direttore del SAM; la Direzione Generale approva con delibera la programmazione, che farà parte del Masterplan regionale.
Definizione priorità compatibili con budget economico assegnato.
Validazione pianificazione da parte Direttore Sanitario.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Definizione dei criteri di gara

Descrizione del Processo

Attraverso questo processo si definiscono, in collaborazione con il Servizio Acquisti Metropolitano (SAM) i vari criteri di partecipazione ad una gara. In particolare si definiscono i requisiti di accesso tecnico-economici dei concorrenti alla gara, le prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali, i criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi tecnici

input

Programma degli acquisti

output

Documenti di gara

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Definizione dei requisiti di accesso alla gara

Vengono definiti i requisiti tecnici ed economici di partecipazione alla gara, ad esempio, tipologia di figure professionali possedute, certificazioni possedute, fatturati minimi, etc.

2. Definizione dei criteri di partecipazione e prescrizioni del bando

Vengono definiti i criteri di partecipazione e prescrizioni del bando. Ad esempio: l'oggetto della gara, la base d'asta, la durata contrattuale, i criteri per compilare offerta tecnica, i criteri per compilare offerta economica

3. Definizione dei criteri di valutazione e attribuzione punteggi

Vengono definiti i criteri di valutazione tecnica, i punteggi tecnici, le modalità di attribuzione dei punteggi tecnici.

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Esecuzione del contratto

Descrizione del Processo

Attività di avviamento della fornitura o servizio, gestione dello stesso nell'arco della sua durata, verifica del rispetto delle condizioni richieste e proposte dal fornitore

input

Atti di gara e di aggiudicazione

output

Corretto funzionamento delle attrezzature informatiche acquisite

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Acquisti mediante emissione ordini su contratto

Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dal Serv. Acquisti Metropolitano .
Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento. Gli elementi essenziali del contratto (importo, durata, cig) vengono inseriti in procedura EUSIS MAGAZ dal Serv. Acquisti Metropolitano sulla base di atti deliberativi o determine. In caso l'importo dei contratti aggiudicati non sia sufficiente a coprire i fabbisogni l'UO TIC provvede ampliando gli importi nei limiti contrattuali consentiti (ampliamento del 20%) contemporaneamente segnala all'UO Acquisti le modifiche effettuate.

2. Gestione e manutenzione attrezzature informatiche

Gestione e manutenzione HW, SW e reti oggetto di acquisizione con il contratto, per assicurare corretto funzionamento delle funzionalità informatiche necessarie.

3. Monitoraggio, verifica e misurazioni

Monitoraggio, verifica e misurazioni: monitoraggio e misurazione dei processi, analisi delle non conformità, gestione azioni correttive/preventive

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Processo

Predisposizione atti di gara

Descrizione del Processo

Partecipazione al gruppo di redazione della documentazione di gara, predisposizione di capitolato speciale e schede tecniche da sottoporre al RUP (SAM) al quale compete la verifica e pubblicazione; partecipazione alla predisposizione dei documenti in cui sono definiti i criteri di gara. Solitamente il processo coinvolge una sola p.a. ma può essere per più amministrazioni.

input

Programma degli acquisti

output

Atti di gara

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Determinazione dell'importo del contratto

Determinazione dell'importo del contratto in relazione alla quantificazione dei fabbisogni e alla compatibilità economica

2. Predisposizione capitolato

Partecipazione al gruppo di redazione della documentazione di gara, predisposizione di schede tecniche da sottoporre al RUP (SAM) al quale compete la verifica e pubblicazione; solitamente il processo coinvolge una sola p.a. ma può essere per più amministrazioni.

1. GENERALI

Processo

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Descrizione del Processo

Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dalla UO TIC.
Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento. Gli elementi essenziali del contratto (importo, durata, cig) vengono inseriti in procedura EUSIS MAGAZ dalla UO TIC sulla base delle RDO. In caso l'importo dei contratti aggiudicati non sia sufficiente a coprire i fabbisogni l'UO TIC provvede ampliando gli importi nei limiti contrattuali consentiti (ampliamento del 20%).

input

Programma degli acquisti

output

Richieste Di Offerta (RDO)
Ordini

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Predisposizione RDO

Predisposizione della Richieste Di Offerta che riporta l'oggetto della fornitura, l'importo massimo, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento, la durata.

2. Acquisti mediante emissione di ordini in economia

Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dal Serv. Acquisti Metropolitano .
Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento. Gli elementi essenziali del contratto (importo, durata, cig) vengono inseriti in procedura EUSIS MAGAZ dal Serv. Acquisti Metropolitano sulla base di atti deliberativi o determine. In caso l'importo dei contratti aggiudicati non sia sufficiente a coprire i fabbisogni l'UO Economato provvede ampliando gli importi nei limiti contrattuali consentiti (ampliamento del 20%) contemporaneamente segnala all'UO Acquisti le modifiche effettuate.

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Processo

Descrizione del Processo

Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersicurezza)

input

Richiesta di intervento

output

Rapporto d'intervento

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Validazione (in particolare discriminare fra guasto ed evento di Cybersicurezza)

2. Presa in carico

3. Effettuazione dell'intervento volto a ripristinare la continuità di servizio

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Processo

Descrizione del Processo

Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati

input

Acquisizione di assett

output

Gestione in sicurezza e dismissione di Asset

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

Direttore

1. Validazione in fase di acquisizione

2. Presa in carico e gestione

3. Dismissione sicura degli assett al termine del ciclo di vita

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE			
Processo	Descrizione del Processo		
Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati			input
			output
			responsabile
Attività	Descrizione dell'attività		Direttore

1. Validazione

2. Presa in carico

3. Configurazione secondo le specifiche del titolare/responsabile

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Processo

**Implementazione,
manutenzione e gestione del
sistema di gestione della
sicurezza**

Descrizione del Processo

input

Asset, processi aziendali e analisi dei rischi

output

Sistema di gestione della sicurezza informatica
formalizzato

Attività

Descrizione dell'attività

responsabile

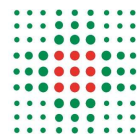
Direttore

1. Analisi dei rischi

2. Implementazione delle misure di protezione

3. Implementazione dei sistemi di
monitoraggio

4. Implementazione delle misure di
contenimento e ripristino e gestione delle



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 4
Registro Rischi - Valutazione del rischio corruttivo

Registro rischi: Valutazione del rischio corruttivo

AGL

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

1.5.1 Gestione del contenzioso

AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI

eventi rischiosi

favorire trattazione esterna - inserire requisiti o criteri specifici per favorire ovvero orientare la partecipazione di determinati legali - favorire uno o più specifici legali esterni

*Fattori
abilitanti*

assenza di trasparenza; assenza misura di trattamento del rischio

*Autovalutazione
e Processo*

B- basso

*motivazione
autovalutazione*

PROCESSO VALUTATO DAL GRUPPO
REGIONALE

*Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. valutazione affidamento Incarico
avvocatura interna /esterno - valutazione

favorire trattazione esterna

B - basso

2. Incarico avvocati interni - scelta del
legale interno

non rilevabile

B - basso

3. Incarico avvocati esterni - emissione
avviso per costituzione elenco avvocati e

inserire requisiti o criteri specifici per favorire ovvero orientare la partecipazione di determinati legali

B- basso

4. Incarico avvocati esterni - scelta del
legale esterno

favorire uno o più specifici legali esterni

B- basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

1.5.1 Gestione del contenzioso

Gestione diretta dei sinistri

eventi rischiosi

Uso distorto della discrezionalità pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o favori conflitti di interesse - Produzione di una relazione specialistica parziale - Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali) - Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali - Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali) - Uso distorto della discrezionalità - Eccessiva limitazione del numero dei componenti - Fase decisoria in capo a chi esprime parere legale/medico legale - Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS - Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; assenza misura di trattamento del rischio; carenza di competenze professionali specifiche; esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

PROCESSO VALUTATO DAL GRUPPO REGIONALE

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

01. Apertura sinistro - Valutazione sussistenza requisiti minimi per l'apertura del sinistro

Uso distorto della discrezionalità pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o favori conflitti di interesse

B- basso

02. Apertura sinistro - inserimento del caso, con apposizione di apposito numero

non rilevante

03. Fase preistruttoria - Acquisizione documentazione clinica ed eventuali

Produzione di una relazione specialistica parziale

B - basso

04. Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria -

Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali)

B - basso

05. Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria -	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	B - basso
06. Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria -	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	B- basso
07. Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria -	Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali)	B- basso
08. Fase istruttoria per danni da smarrimento protesi/cadute - valutazione	Uso distorto della discrezionalità	B- basso
09. Fase istruttoria per danni da smarrimento protesi/cadute -	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	B- basso
10. Fase istruttoria per danni da smarrimento protesi/cadute - valutazione	Uso distorto della discrezionalità	B- basso
11. Fase decisoria - Decisione in merito alle modalità di gestione del sinistro da parte	Eccessiva limitazione del numero dei componenti - Fase decisoria in capo a chi esprime parere legale/medico legale	B- basso
12. Parere al NRV in caso di soprasoglia - richiesta parere al NRV finalizzata	Non rilevante.	
13. Avvio della trattativa - Contatti con la controparte	Non rilevante.	
14. Provvedimento di recepimento - Definizione accordo transattivo	Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS	B- basso
15. Provvedimento di recepimento e liquidazione - Definizione accordo	errata liquidazione dell'importo	B- basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

1.5.1 Gestione del contenzioso

Recupero crediti in sede giudiziale/settore legale

eventi rischiosi

rinuncia agli atti del giudizio (Decreto Ingiuntivo e/o ottemperanza e/o citazione) a fronte di proventi o altri vantaggi. Valutazione scorretta al fine di favorire il debitore. Rinuncia ad attivare procedure a garanzia del credito (es. ipoteca immobile)

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

B - basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricevimento richiesta recupero giudiziale	Non rilevabile.	B - basso
2. Valutazione della richiesta di adire la sede giudiziale	Eventuale valutazione scorretta al fine di favorire il promotore. Errata valutazione dei presupposti al fine di non attivare il giudizio.	B - basso
3. Trasmissione di intimazione ad adempiere	Mancata o ritardata attivazione della procedura di recupero crediti a fronte di vantaggi o proventi da parte del debitore.	B - basso
4. Avvio del procedimento giudiziale	Ritardo nella trasmissione al fine di favorire un conoscente. Mancato avvio dell'azione legale e/o decadenza termini prescrizione a fronte di vantaggi o proventi da parte del debitore.	B - basso
5. Cancellazione del credito per inesigibilità: rilascio parere	Rilascio di parere favorevole alla cancellazione del credito in assenza di presupposti per lo stralcio a fronte di vantaggi da parte di terzi.	B - basso

CGRPA

Committenza sul privato
accreditato per attività di
specialistica ambulatoriale,
degenza, hospice

eventi rischiosi

Diffomità nella redazione dei contratti rispetto la normativa di settore; ritardata o mancata programmazione da parte delle UO aziendali interessate; ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; ricorso alle procedure d'urgenza; Definizione di un fabbisogno e una programmazione non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali l'eccessivo ricorso alla Produzione extrabudget; Acquisto di prestazioni non coerenti con i fabbisogni della popolazione; Eccessivo ricorso al Piano di Produzione Straordinaria; Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione (Piano di Produzione); Assegnazione discrezionale di budget a soggetti privati accreditati, non coerente con l'esito dell'analisi del rapporto tra fabbisogno e capacità produttive dell'Azienda e dei diversi soggetti privati accreditati.

Fattori
abilitanti

scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Declinazione a livello locale dei contratti quadro stipulati a livello regionale con le	Diffomità nella redazione dei contratti rispetto la normativa di settore; ritardata o mancata programmazione da parte delle UO aziendali interessate; ingiustificata ricorso alle proroghe contrattuali; ricorso alle procedura d'urgenza. Definizione di un fabbisogno e una programmazione non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali l'eccessivo ricorso alla Produzione extrabudget Acquisto di prestazioni non coerenti con i fabbisogni della popolazione Eccessivo ricorso al Piano di Produzione Straordinaria Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione (Piano di Produzione) Assegnazione discrezionale di budget a soggetti privati accreditati, non coerente con l'esito dell'analisi del rapporto tra fabbisogno e capacità produttive dell'Azienda e dei diversi soggetti privati accreditati	A- alto
2. Ricerca fornitori per attivazione nuove sedi erogative o nuove attività e	Assegnazione discrezionale di budget a soggetti privati accreditati, non coerente con l'esito dell'analisi del rapporto tra fabbisogno e capacità produttive dell'Azienda e dei diversi soggetti privati accreditati	A- alto
3. Predisposizione dei Piani di produzione Ordinari e Straordinari annuali.	Definizione di un fabbisogno e una programmazione non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali l'eccessivo ricorso alla Produzione extrabudget Acquisto di prestazioni non coerenti con i fabbisogni della popolazione Eccessivo ricorso al Piano di Produzione Straordinaria	A- alto
4. Monitoraggio contratti di fornitura	Mancato o scorretto monitoraggio.	A- alto

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture private accreditate della regione Emilia-Romagna

eventi rischiosi

Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura.

Verbalizzazione di situazione non corrispondente alla realtà; Riscontri pilotati all'OPA. Riesame pilotato non rispondente alla realtà effettiva; mancato rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.

Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale. Mancata o errata rendicontazione. Invio di dati errati, incompleti o mancanti

2.2.1 Accordi con Privato Accreditato

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Predisposizione del campione oggetto di controllo	Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura.	A- alto
2. Controllo presso le strutture private e verbalizzazione delle contestazioni	Verbalizzazione di situazione non corrispondente alla realtà; mancato rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	A- alto
3. Esame del riscontro dell'OPA al verbale inviato, e risposta alle eventuali	Riscontri pilotati all'OPA	A- alto
4. Riesame del caso	Riesame pilotato non rispondente alla realtà effettiva	A- alto
5. Predisposizione prospetto riepilogativo finale per OPA	Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale	A- alto
6. Predisposizione Relazione semestrale	Mancata o errata rendicontazione	B - basso
7. Predisposizione Flusso FECS	Invio di dati errati, incompleti o mancanti	A- alto

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.1 Accordi con Privato Accreditato

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture pubbliche (IRCSS-AOUBO E IOR)

eventi rischiosi

Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura. Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale. Mancata o errata rendicontazione. Invio di dati errati, incompleti o mancanti

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Predisposizione del campione oggetto di controllo	Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura.	M- medio
2. Verifica dell'esito del controllo interno preliminare e disamina congiunta	Disamina pilotata non rispondente alla realtà effettiva	M- medio

3. Relazione finale	Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale	M- medio
4. Predisposizione Relazione semestrale	Mancata o errata rendicontazione	B - basso
5. Predisposizione Flusso FECS	Invio di dati errati, incompleti o mancanti	M- medio

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.1 Accordi con Privato Accreditato

Liquidazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato accreditato

eventi rischiosi

Invio di dati errati, incompleti o mancanti; Emissione ordine superiore ad ordini contrattuali. Mancanza o scorrettezza di controlli. Mancata o scorretta contestazione delle difformità riscontrate. Mancata o scorretta verifica dell'emissione del documento contabile. Autorizzazione alla liquidazione di importi non dovuti. Mancata o errata rendicontazione

Fattori
abilitanti

scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Emissione degli ordini elettronici	Emissione ordine superiore ad ordini contrattuali.	A- alto
2. Controlli propedeutici alla liquidazione e richiesta di eventuale ulteriore	Mancanza o scorrettezza di controlli	A- alto
3. Contestazioni delle eventuali difformità riscontrate e richiesta emissione nota di	Mancata o scorretta contestazione delle difformità riscontrate.	A- alto
4. Verifica dell'emissione dei documenti contabili richiesti ad esito dei controlli	Mancata o scorretta verifica dell'emissione del documento contabile	A- alto
5. Autorizzazione alla liquidazione dei documenti contabili	Autorizzazione alla liquidazione di importi non dovuti.	B - basso
6. Predisposizione Relazione semestrale	Mancata o errata rendicontazione	B - basso
7. Flusso FCDC	Invio di dati errati, incompleti o mancanti	A- alto

COM

3.3 COMUNICAZIONE

Altro

Pubblicazione e aggiornamento dei canali web dell'Azienda USL di Bologna (sito, rete intranet, profili social)

eventi rischiosi

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

DAATO

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Accertamento sanzionatorio mancata/tardiva disdetta prenotazioni specialistica ambulatoriale (MALUS)

eventi rischiosi

Verifiche scorrette o incomplete.
Favorire un determinato utente

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Verifiche preventive e accertamento

Verifiche scorrette o incomplete.

M- medio

2. Istruttoria dei ricorsi pervenuti dagli utenti

Favorire un determinato utente

B - basso

3. Ingiunzione, annullamento o iscrizione al ruolo

Non rilevabile.

B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Controlli sulle autocertificazioni compartecipazione spesa sanitaria (ticket)

eventi rischiosi

Verifiche scorrette o incomplete. Favorire o sfavorire un determinato utente

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Verifiche preventive e accertamento

Verifiche scorrette o incomplete.

M- medio

2. Istruttoria dei ricorsi pervenuti dagli utenti

Favorire o sfavorire un determinato utente

B - basso

3. Diffida o annullamento

Non rilevabile.

B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Rimborso ticket mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

eventi rischiosi

Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Acquisizione richieste

Non rilevabile.

B - basso

2. Istruttoria	Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione	A- alto
3. Convalida istanze	Non rilevabile.	B - basso
4. Invio in contabilità	Non rilevabile.	B - basso

DASS

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

eventi rischiosi

Mancato rispetto regole previste per gli inserimenti in graduatoria; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente; Inserimenti inappropriati in graduatoria; Inserimento di classificazione errata o distorta dell'utente; Elusione della graduatoria; Pilotamento della scelta al fine di concedere privilegi o favori. Abusivo ricorso all' "emergenza sociale"

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Valutazione Unità di Valutazione Multidimensionale	mancato rispetto regole previste per gli inserimenti in graduatoria; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente.	M- medio
2. Inserimento in graduatoria/elenco	inserimenti inappropriati in graduatoria; Inserimento di classificazione errata o distorta dell'utente	M- medio
3. Accesso al servizio	Elusione della graduatoria; Pilotamento della scelta al fine di concedere privilegi o favori. Abusivo ricorso nel caso "di emergenza sociale"	M- medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Inserimento in servizi residenziali/semiresidenziali persone con disabilità non autosufficienti

eventi rischiosi

mancato rispetto regole previste per gli inserimenti in graduatoria; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente; Pilotamento della scelta al fine di concedere privilegi.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Valutazione dell'UVM Disabili Distrettuale

Mancato rispetto regole previste per gli inserimenti a progetto individualizzato; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente.

M- medio

2. Autorizzazione all'attivazione del servizio

Errore di inserimento classificazione della disabilità

M- medio

3. Accesso in struttura

Non rilevabile.

M- medio

DATER

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; colloquio tenuto in sede inopportuna; mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio	Scorretta gestione dell'appuntamento. Colloquio tenuto in sede non opportuna	M- medio
2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report	Mancata registrazione ed eleaborazione di report con dati non veritieri.	B - basso

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

eventi rischiosi

Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

2.4.1 Rapporti con Imprese Funebri

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Gestione degli accessi in Camera Mortuaria	Accessi impropri in camera mortuaria; comportamento non consono all'interno della camera mortuaria.	A- alto
2. Esibizione mandato a IF prescelta dal familiare	Mancata esibizione del mandato.	B - basso
3. Gestione degli spazi di Camera Mortuaria	Scorretta gestione degli spazi; mancata o scorretta gestione dell'appuntamento per vestizioni o esequie.	M- medio

3.2 extra LEA

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitrici di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

eventi rischiosi

Fornire indicazione/suggerimento ai
pazienti e ai parenti su una specifica
impresa o attività commerciale

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. prescrizione/richiesta servizio/presidio
non a carico del SSN

Il prescrittore pilota l'utente verso una determinata impresa commerciale.

M- medio

2. accesso in struttura aziendale da parte di
fornitore esterno per uno specifico paziente

Mancata esibizione del mandato.

B - basso

DCP

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Erogazione rimborsi per assistenza sanitaria all'estero.

eventi rischiosi

Documentazione incompleta.
Pagamento non dovuto.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Il processo di autorizzazione è composto
da più fasi: 1. autorizzazione interna
sull'urgenza/necessità, 2. richiesta
tariffazione con stato estero e/o parere
del centro di valutazione regionale
competente per branca.

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricezione della richiesta

Non rilevabile.

B - basso

2. Istruttoria	Documentazione incompleta.	A- alto
3. Liquidazione del rimborso	Pagamento non dovuto	A- alto

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Esenzioni ticket

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Il rischio insito nel processo può risiedere nell'accoglimento, da parte dell'operatore di sportello, di documentazione non idonea o parzialmente idonea a corredo dell'emissione del tesserino di esenzione per patologia (es. certificazione sanitaria rilasciata da soggetto non pubblico) oppure di emissione del tesserino di esenzione in mancanza di presentazione della documentazione per il rilascio o per il rinnovo.
Riconoscimento di esenzione sbagliata; scorretta valutazione della documentazione.
Applicazione di esenzione inesistente.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

1. Riconoscimento esenzione	Riconoscimento di esenzione sbagliata; scorretta valutazione della documentazione.	M- medio
2. Modalità di fruizione dell'esenzione da parte del cittadino	Applicare esenzione che non c'è.	B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

Incasso ticket delle prestazioni specialistiche tramite CUP e farmacie

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

B- basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Presentazione distinta di pagamento a sportello

Non rilevabile.

B - basso

2. Chiusura posizione debitoria

Non rilevabile.

B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Assegno di cura oncologici

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

B - basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricezione della richiesta

Non rilevabile.

B - basso

2. Istruttoria

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

B - basso

3. Formalizzazione del contratto per l'assegno di cura oncologico	Non rilevabile.	B - basso
4. Liquidazione dell'assegno	Non rilevabile.	B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Assegno di cura per Anziani non Autosufficienti

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Fase istruttoria	Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; concessioni indebite.	B - basso
2. Redazione del contratto per assistenza a domicilio	Non rilevabile.	B - basso
3. Liquidazione dell'assegno	Non rilevabile.	B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Assegno di cura per disabili adulti e gravissime disabilità DGR Emilia-Romagna n. 2068/2004

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Fase istruttoria/ricezione istanze validate da UVM	Non rilevabile.	B - basso
2. Definizione del contratto	Non rilevabile.	B - basso
3. Liquidazione dell'assegno	Non rilevabile.	B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Assistenza protesica, fornitura ausili	<i>eventi rischiosi</i> Pagamento somme non dovute. Dirigente sanitario fornisce autorizzazione in assenza di presupposti; mancata autorizzazione. Inesatta verifica dei requisiti da parte del personale amministrativo.	Fattori abilitanti	scarsa responsabilizzazione interna	
		Autovalutazione e Processo	A- alto	<i>motivazione autovalutazione</i> Nel processo interagiscono più figure professionali ognuna per la propria parte di attività, quindi vi è una supervisione e controllo reciproci.
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)			Classificazione del rischio	A-alto

1. Ricezione della richiesta	Non rilevabile.	B - basso
2. Istruttoria: verifica dei requisiti	Inesatta verifica dei requisiti.	B - basso
3. Autorizzazione	Medico dà autorizzazione quando non dovrebbe, oppure non autorizza proprio.	B - basso
4. Liquidazione della fattura	Pagamento somme non dovute.	A- alto

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Contributi a favore di Minori e disabili

eventi rischiosi

Erogazione di contributo non dovuto.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Proposta di intervento economico,
istruttoria

Erogazione di contributo non dovuto.

M- medio

2. Liquidazione dell'assegno

Non rilevabile.

B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Contributi aggiuntivi assistenti famigliari per Disabili

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di
concedere privilegi e favori; scarso
controllo del possesso dei requisiti.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

B - basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Fase istruttoria

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo
del possesso dei requisiti.

B - basso

2. Formalizzazione del contratto per il
contributo aggiuntivo

Non rilevabile.

B - basso

3. Liquidazione dell'assegno	Non rilevabile.	B - basso
1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT 1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		
Contributo aggiuntivo per assistenti familiari anziani	eventi rischiosi Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.	Fattori abilitanti scarsa responsabilizzazione interna Autovalutazione e Processo B - basso motivazione autovalutazione
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)		Classificazione del rischio B-basso

1. Fase istruttoria	Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.	B - basso
2. Liquidazione dell'assegno	Non rilevabile.	B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT 1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		
Erogazione contributi per altra assistenza sanitaria per patologia celiaca	eventi rischiosi Mancata verifica dei requisiti.	Fattori abilitanti scarsa responsabilizzazione interna Autovalutazione e Processo M- medio motivazione autovalutazione Rischio mitigato notevolmente dal doppio controllo sulla concordanza tra l'importo della ff mensile emessa dal punto vendita convenzionato e l'importo risultante dal sistema regionale di controllo collegato ad ARGeB. La differenza non viene pagata.
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)		Classificazione del rischio M-medio

1. Ricezione della richiesta	Non rilevabile.	B - basso

2. Istruttoria per la verifica dei requisiti	Mancata verifica dei requisiti.	B - basso
3. Erogazione di buoni mensili dematerializzati in favore di assistiti celiaci.	Esercizio emetta fattura più alta del dovuto	A- alto

1.7 Provv.ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO

1.7.1 rilascio IDONEITA' /NON IDONEITA'

Gestione delle richieste di mantenimento del Pediatra di Libera scelta oltre il 14° anno di età dell'assistito.

eventi rischiosi

Mancata verifica dei requisiti.

*Fattori
abilitanti*

scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

B - basso

*motivazione
autovalutazione*

*Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricezione della richiesta ed avvio dell'istruttoria.	Mancata verifica dei requisiti.	B - basso
2. Invio di comunicazione scritta al richiedente recante l'esito della procedura.	Non rilevabile.	B - basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.2 TERZO SETTORE

Gestione delle convenzioni con Terzo Settore

eventi rischiosi

Mancata pubblicazione dell'avviso di manifestazione dell'interesse. Scorretta valutazione. Errata liquidazione di rimborso

*Fattori
abilitanti*

assenza di trasparenza; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

M- medio

*motivazione
autovalutazione*

*Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

M-medio

1. Pubblicazione avviso di manifestazione di interesse	Mancata pubblicazione dell'avviso di manifestazione dell'interesse.	B - basso
2. Ricezione candidature e valutazione delle proposte	Scorretta valutazione.	M- medio
3. Adozione atto conclusivo della procedura e stipula della convenzione	Non rilevabile.	M- medio
4. Rimborso spese rendicontate	Errata liquidazione di rimborso.	M- medio

DFAR

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

2.3.1 Farmaceutica

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; mancata registrazione ed eleaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazion e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio	Scorretta gestione degli appuntamenti.	B - basso
2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report	Mancata registrazione ed eleaborazione di report con dati non veritieri.	B - basso

Pagina 22 di 148

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

Commissione Farmaceutica Interaziendale (CFI)*eventi rischiosi*

Rischio non rilevabile.

Fattori
abilitantiAutovalutazione
e Processo

B - basso

*motivazione
autovalutazione**Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. Individuazione ricette non conformi

Non rilevabile.

B - basso

2. Individuazione ricette non conformi da
annullare o regolarizzare direttamente

Non rilevabile.

B - basso

3. Deferimento ricette alla CFA

Non rilevabile.

B - basso

4. Presentazione ricorso alla CFR

Non rilevabile.

B - basso

5. Giudizio definitivo della CFR

Non rilevabile.

B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

**Erogazione indennità di residenza
alle Farmacie Rurali***eventi rischiosi*

Rischio non rilevabile.

Fattori
abilitantiAutovalutazione
e Processo

B - basso

*motivazione
autovalutazione**Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricezione domande	Non rilevabile.	B - basso
2. Istruttoria	Non rilevabile.	B - basso
3. Determina	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,
2.3.1 Farmaceutica

Istruttoria per conto dei Sindaci dei Comuni in tema di farmacie e distribuzione all'ingrosso

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricezione richiesta dal Comune	Non rilevabile.	B - basso
2. Istruttoria	Non rilevabile.	B - basso
3. Rilascio di parere	Non rilevabile.	B - basso
4. Ricezione e trasmissione atto autorizzativo	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

Liquidazione competenze farmacie convenzionate per Farmaceutica e Assistenza protesica e Integrativa.

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Ricezione della Documentazione cartacea mensile da parte delle farmacie	Non rilevabile.	B - basso
2. Verifiche distinte	Non rilevabile.	B - basso
3. Verifiche reportistica e Flussi contabili	Non rilevabile.	B - basso
4. Liquidazione su piattaforma GAAC	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

Liquidazione competenze mensili farmacie per i servizi e punti vendita alimenti celiachia.

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Emissione ordini NSO	Non rilevabile.	B - basso

2. Verifiche fatture	Non rilevabile.	B - basso
3. Liquidazione fatture	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.1 Farmaceutica

Processo verbale di accertamento di illecito amministrativo

eventi rischiosi

Applicazione difforme della procedura dipartimentale (sanzioni amministrative); Mancata o difforme vigilanza.
Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superficiale per vantaggio economico; Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Accertamento violazione in sede ispettiva	Mancata o difforme vigilanza. Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superficiale per vantaggio economico. Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)	M- medio
2. Rilascio del verbale di accertamento illecito amministrativo	Non rilevabile.	B - basso
3. Presentazione (eventuale) di scritti difensivi	Non rilevabile.	B - basso
4. Convalida o annullamento della sanzione	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,
2.3.1 Farmaceutica

Utilizzo beni in prova a titolo dimostrativo - Gestione campioni gratuiti DM

eventi rischiosi
Proposta di campione a titolo dimostrativo al fine di favorire un determinato operatore economico e farlo entrare tra i fornitori dell'azienda. Risultati attesi sovrastimati

Fattori abilitanti
scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo
B - basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Richiesta di utilizzo di dispositivo in prova	Proposta di campione a titolo dimostrativo al fine di favorire un determinato operatore economico e farlo entrare tra i fornitori dell'azienda.	B - basso
2. Valutazione della richiesta	Non rilevabile.	B - basso
3. Classe III autorizzazione/diniego del Direttore Sanitario	Non rilevabile.	B - basso
4. Classe I-II notifica di presa d'atto NOL (Nucleo operativo locale)	Non rilevabile.	B - basso
5. Invio relazione di esito	Risultati attesi sovrastimati	B - basso
6. Report annuale di monitoraggio	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,		2.3.1 Farmaceutica	
Vigilanza farmacie convenzionate	eventi rischiosi	Fattori abilitanti	inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna
	Mancata o difforme vigilanza; Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superficiale per vantaggio economico. Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)	Autovalutazione e Processo	M- medio
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)		motivazione autovalutazione	
Classificazione del rischio			M-medio

1. Nomina componenti Commissione ispettiva	Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)	M- medio
2. Programmazione calendario ispettivo	Non rilevabile.	B - basso
3. Ispezione	Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superciale per vantaggio economico.	M- medio
4. Rilascio verbale di accertamento	Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superciale per vantaggio economico.	M- medio

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

2.1.2 Liste di attesa

Gestione delle liste di attesa: ricoveri ospedalieri programmati

eventi rischiosi

Utilizzo di strumenti facilmente modificabili (liste cartacee, file Word Excel); scorretto utilizzo delle priorità (definite priorità che in realtà non lo sono); mancato rispetto dell'ordine di attesa

*Fattori
abilitanti*

scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

M- medio

1. inserimento in lista di attesa per ricovero ospedaliero programmato

Utilizzo di strumenti facilmente modificabili (liste cartacee, file Word Excel); scorretto utilizzo delle priorità (definite priorità che in realtà non lo sono); mancato rispetto dell'ordine di attesa

M- medio

2. Attribuzione della priorità

Prescrizione di priorità non coerenti con l'effettiva gravità clinica in base a sollecitazione oppure per ovviare le criticità del TdA (modalità opportunistica) selezione del paziente inserito in presa in carico e non di tutti i pazienti in base alle necessità cliniche

M- medio

3. Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati

ufficio esterne separato da coloro che espletano l'attività chirurgica - nessun rischio

B- basso

4. Manutenzione della lista d'attesa

modifica della classe di priorità

M- medio

5. Chiamata Pre-ricovero (operatoria)

sovradimensionamento o sottodimensionamento casistica

B- basso

6. Ingresso al servizio preoperatorio/prericobero e preparazione

mancato rispetto dell'ordine di lista, chiamata anticipata di pazienti visitati in LP - Servizio centralizzato per la totalità delle chirurgie

M- medio

7. Programmazione committenza e accordi per invio di casistica alla rete del privato

B- basso

2.3 FARMACEUT, DISPOSITIVI, SPERIMENT, SPONSORIZZ

2.3.1 Farmaceutica

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; colloquio tenuto in sede inopportuna; mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Gestione richiesta appuntamento e svolgimento del colloquio

Scorretta gestione dell'appuntamento. Colloquio tenuto in sede non opportuna

M- medio

2. Registrazione avvenuto colloquio ed elaborazione report

Mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri.

B - basso

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

2.4.1 Rapporti con Imprese Funebri

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

eventi rischiosi

Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Monitoraggio continuo mediante verifica ispettiva, ma si conferma comunque l'Alto grado di rischio

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Gestione degli accessi in Camera Mortuaria	Accessi impropri in camera mortuaria; comportamento non consono all'interno della camera mortuaria.	A- alto
2. Esibizione mandato a IF prescelta dal familiare	Mancata esibizione del mandato.	B - basso
3. Gestione degli spazi di Camera Mortuaria	Scorretta gestione degli spazi; mancata o scorretta gestione dell'appuntamento per vestizioni o esequie.	M- medio

3.2 extra LEA

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitrici di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Fornire indicazione/suggerimento ai
pazienti e ai parenti, di una specifica
impresa o attività commerciale.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

1. prescrizione/riciesta servizio/presidio non a carico del SSN	Il prescrittore piloti l'utente verso una determinata impresa commerciale.	M- medio
2. accesso in struttura aziendale da parte di fornitore esterno per uno specifico paziente	Mancata esibizione del mandato.	B - basso

DSM

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Erogazione contributi economici ad Associazioni di familiari per progetti partecipati di sussidiarietà

eventi rischiosi

Erogazione di contributi per progetti inadeguati o non realizzati

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

I progetti vengono discussi all'interno del CUFO al quale partecipano tutte le associazioni, oltre agli operatori del DSM. I progetti ed i contributi erogati sono pubblicati

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione proposta progetto da parte di una Associazione	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	B - basso
2. Condivisione del progetto	Agevolazione di un progetto di una associazione rispetto ad un altro	B - basso
3. Approvazione del progetto	Approvazione un progetto di una associazione invece di un altro	B - basso
4. Liquidazione contributo	Erogazione del contributo ad Associazione diversa da quella individuata	M- medio
5. Verifica dei risultati	Verifiche inadeguate per agevolare un progetto	B - basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Centro Salute Mentale

eventi rischiosi

Erogazione di un contributo non dovuto - Erogazione di contributo ad utente sbagliato

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Si reputa medio l'interesse esterno poiché il pagamento del contributo è il passaggio finale della prestazione autorizzata

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Rilevazione bisogno	Errata rivelazione di un bisogno	M- medio
2. Valutazione dell'Assistente Sociale	Errata valutazione di un bisogno del paziente	M- medio
3. Condivisione in équipe	Inappropriatezza della decisione dell'erogazione del contributo	B - basso
4. Richieste liquidazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Erogazione contributo	Erogazione del contributo a paziente diverso da quello individuato	M- medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Servizio Dipendenze Patologiche

eventi rischiosi

Erogazione di un contributo non dovuto - Erogazione di contributo ad utente sbagliato

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Si reputa medio l'interesse esterno poiché il pagamento del contributo è il passaggio finale della prestazione autorizzata

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Rilevazione bisogno	Errata rivelazione di un bisogno	M- medio
2. Valutazione dell'Assistente Sociale	Errata valutazione di un bisogno del paziente	M- medio
3. Condivisione in équipe	Inappropriatezza della decisione dell'erogazione del contributo	B - basso
4. Richieste liquidazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Erogazione contributo	Erogazione del contributo a paziente diverso da quello individuato	M- medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area CSM

eventi rischiosi

Inserimenti inappropriati e liquidazioni dirette non dovute

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Rilevazione bisogno e condivisione in équipe	Errata rilevazione di un bisogno	M- medio
2. Invio relazione di richiesta al Team Residenzialità e Abitare	Non rilevabile.	B - basso
3. Individuazione e condivisione della struttura idonea	Favorire una struttura rispetto ad un'altra (non utilizzo dell'elenco Fornitori dell'Accordo Quadro)	B - basso
4. Incontri tra operatori CSM, utente e gestori della struttura	Non rilevabile.	B - basso
5. Richiesta dell'avvio dell'inserimento in struttura	Non rilevabile.	B - basso
6. Avvio inserimento e liquidazione retta mensile	Liquidazione di compensi non dovuti	M- medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area NPIA

eventi rischiosi

Inserimento inappropriato e liquidazione non dovuta

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Rilevazione bisogno	Errata rivelazione di un bisogno	M- medio
2. Condivisione con la famiglia	Non rilevabile.	B - basso
3. Individuazione struttura	Favorire una determinata comunità	M- medio
4. Richiesta dell'avvio dell'inserimento	Non rilevabile.	B - basso
5. Avvio inserimento e liquidazione retta	Liquidazione di compensi non dovuti	M- medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.6.1 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area SERT

eventi rischiosi

Inserimento inappropriato e liquidazione non dovuta

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Rilevazione bisogno	Errata rilevazione di un bisogno	M- medio
2. Individuazione struttura	Favorire una determinata comunità	M- medio
3. Richiesta dell'avvio dell'inserimento	Non rilevabile.	B - basso
4. Avvio inserimento e liquidazione retta	Liquidazione di compensi non dovuti	M- medio

DSP

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

eventi rischiosi

Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata 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 e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto
Richiesta di bene o servizio non utile
Inadeguata verifica qualiquantitativa del fabbisogno. Mancata verifica della presenza di contratto attivo
Agevolare acquisto su determinato fornitore.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.1.2 Progettazione

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricevimento richiesta di affidamento servizio di importo sotto soglia attraverso la	Richiesta di bene o servizio non utile	B - basso
2. Definizione della gara di bando per la richiesta di preventivo	Agevolare acquisto su determinato fornitore.	A- alto

3. Creazione gara	Agevolare acquisto su determinato fornitore.	A- alto
4. Verifica preventivi pervenuti nella piattaforma intercenter e valutazione	Agevolare l'acquisto su un determinato fornitore	A- alto
5. Aggiudicazione gara e affidamento servizio	Non rilevabile.	A- alto

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Autorizzazioni allo svolgimento di Incarichi extraistituzionali

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi; Non dare seguito alla richiesta di svolgimento dell'incarico. Mancata/inadeguata verifica della documentazione; Errata valutazione della compatibilità dell'incarico. Mancato rispetto del regolamento aziendale.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento richiesta svolgimento incarico	Non dare seguito alla richiesta di svolgimento dell'incarico.	B - basso
2. Verifica della completezza del modulo e della eventuale documentazione allegata	Mancata/inadeguata verifica della documentazione	B - basso
3. Valutazione compatibilità allo svolgimento incarico	Errata valutazione della compatibilità dell'incarico. Mancato rispetto del regolamento aziendale.	M- medio
4. Trasmissione del modulo	Non rilevabile.	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Procedure di selezione per il conferimento di borse di studio

eventi rischiosi

Mancata verifica della reale necessità di borsa di studio; Mancata verifica di personale in servizio con competenze richiesto su un progetto specifico; Improprio condizionamento della procedura di selezione al fine di favorire uno specifico candidato attraverso:
-stesura e pubblicazione di un bando con requisiti o troppo generici o troppo specifici al fine di agevolare o limitare la partecipazione alla selezione;
scelta di Componenti della Commissione; violazione segretezza dei contenuti della prova;
discrezionalità nell'assegnazione dei punteggi.

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento richiesta di attivazione percorso per assegnazione borsa di studio	Mancata verifica della reale necessità di borsa di studio.	B - basso
2. Valutazione richiesta	Mancata verifica di personale in servizio con competenze richiesto su un progetto specifico	M- medio
3. Avvio procedura acquisizione borsa di studio	Non rilevabile.	B - basso
4. Autorizzazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Pubblicazione bando	Stesura e pubblicazione di un bando con requisiti o troppo generici o troppo specifici al fine di agevolare o limitare la partecipazione alla selezione	M- medio
6. Nomina Commissione	possibile conflitto di interessi	M- medio

7. Selezione	fuga di notizie	M- medio
8. Assegnazione borsa di studio	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività Ispettiva

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: attività ispettiva

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.
Redazione di verbale non rispondente alla realtà

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta o segnalazione	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore	Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.	B - basso
3. Valutazione della richiesta/segnalazione	Non rilevabile.	M- medio
4. sopralluogo con stesura verbale di ispezione	Redazione di verbale non rispondente alla realtà	M- medio
5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività	Non rilevabile.	M- medio
6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.1 Autorizzazioni

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio autorizzazioni

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Scorretta valutazione a supporto dell'istanza. Redazione di verbale non rispondente alla realtà

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento dell'istanza	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Valutazione documentale	Scorretta valutazione a supporto dell'istanza	M- medio
3. Sopralluogo con stesura di verbale di ispezione	Redazione di verbale non rispondente alla realtà	M- medio
4. Espressione del giudizio	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.2 Certificazioni

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio certificazioni

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento dell'istanza	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Istruttoria	Redazione di istruttoria non rispondente alla realtà	B - basso
3. Rilascio della certificazione	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio pareri tecnici

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Istruttoria documentale	Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.	M- medio
3. Rilascio del parere	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività Ispettiva

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: attività ispettiva

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.
Redazione di verbale non rispondente alla realtà

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

M- medio

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta o segnalazione	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore	Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.	B - basso
3. Valutazione della richiesta/segnalazione	Non rilevabile.	M- medio
4. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione	Redazione di verbale non rispondente alla realtà	M- medio
5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività	Non rilevabile.	M- medio
6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: rilascio certificazioni vaccinali

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri. Agevolare soggetti particolari.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta

Non dare seguito alla richiesta

B - basso

2. Realizzazione di seduta vaccinale

Non rilevabile.

M- medio

3. Esecuzione della/e vaccinazione/i

Non rilevabile.

M- medio

4. Rilascio della certificazione

rilascio certificazione non conforme

M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: rilascio pareri tecnici

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Individuazione dell'operatore sulla stessa attività. Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Assegnazione	Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.	B - basso
3. Istruttoria	Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.	M- medio
4. Rilascio pareri	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

IMPIANTISTICA ANTINFORTUNISTICA: attività ispettiva

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Assegnazione attività come da pianificazione annuale/ricezione richiesta	Non rilevabile.	B - basso
2. Sopralluogo con stesura verbale di sopralluogo o di richiesta di	Non rilevabile.	A- alto
3. Rilascio di prescrizioni/disposizioni o redazione di relazione interna	Non rilevabile.	M- medio
4. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e ammissione al pagamento	Non rilevabile.	M- medio
5. Conclusione esiti processo ispettivo	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

IMPIANTISTICA ANTINFORTUNISTICA: verifiche su impianti su richiesta

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Determinate verifiche vengono svolte dagli stessi tecnici.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta /segnalazione e assegnazione all'operatore di riferimento

Determinate verifiche vengono svolte dagli stessi tecnici.

B - basso

2. Sopralluogo di verifica

Non rilevabile.

M- medio

3. Rilascio parere

Non rilevabile.

M- medio

4. Eventuale nota al Comune per esito negativo

Non rilevabile.

M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

Indagine Epidemiologica

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.
Non dare seguito alla segnalazione di malattia infettiva
Omessa registrazione

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione della Segnalazione di Malattia Infettiva	Non dare seguito alla segnalazione di malattia infettiva	B - basso
2. Intervista epidemiologica	Non rilevabile.	B - basso
3. Realizzazione di interventi di profilassi	Non rilevabile.	B - basso
4. Comunicazione e richiesta intervento ad altre UO o Enti esterni	Non rilevabile.	B - basso
5. Registrazione della malattia	Omessa registrazione	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività Ispettiva

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: attività ispettiva

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Assegnazione attività come da pianificazione annuale / ricezione richiesta	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Sopralluogo con stesura verbale di sopralluogo o di richiesta di	Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.	M- medio
3. Rilascio di prescrizioni/disposizioni o redazione di relazione interna	Non rilevabile.	M- medio
4. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e ammissione al pagamento	Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.	M- medio

5. Conclusione esiti processo ispettivo

Non rilevabile.

M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI
DI LAVORO: Indagini infortuni sul
lavoro e/o malattie professionali

eventi rischiosi
Mancanza di imparzialità finalizzata al
conseguimento di indebiti vantaggi
per se' o per altri per consentire al
destinatario di sottrarsi a eventuali esiti
negativi.

*Fattori
abilitanti*

*Autovalutazion
e Processo*

B - basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Avvio processo per attivazione a seguito
di ricezione denuncia infortunio-MP/per
- Non rilevabile.
- B - basso
2. Svolgimento delle indagini per infortunio
o MP
- Non rilevabile.
- B - basso
3. Invio del rapporto finale all'AG
- Non rilevabile.
- B - basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.2 Certificazioni

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI
DI LAVORO: ricorsi avverso il
giudizio del medico competente

eventi rischiosi
Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di
discrezionalità e/o la parzialità nello
svolgimento di tali attività può
consentire ai destinatari oggetto dei
controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle
prescrizioni/sanzioni derivanti con
conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Errata valutazione

*Fattori
abilitanti*

*Autovalutazion
e Processo*

M- medio

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento istanza di ricorso e assegnazione	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B - basso
2. Istruttoria ed eventuale sopralluogo	Errata valutazione	M- medio
3. Visita medica collegiale	Non rilevabile.	B - basso
4. Rilascio della certificazione	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.1 Autorizzazioni

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio autorizzazioni

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non rispetto del principio di rotazione
Valutare scorrettamente la documentazione a supporto.
Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento dell'istanza e assegnazione	Non rispetto del principio di rotazione	B - basso
2. Valutazione documentale	Valutare scorrettamente la documentazione a supporto.	M- medio
3. Sopralluogo eventuale con verbale di sopralluogo	Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.	M- medio
4. Rilascio/diniego dell'autorizzazione	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.2 Certificazioni

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio certificazioni

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari.
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Errata valutazione

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento piano di lavoro e
assegnazione

Non dare seguito a richiesta pervenuta.

B- basso

2. Istruttoria ed eventuale sopralluogo

Errata valutazione: Sopralluogo non rispondente alla realtà.

M- medio

3. Rilascio della certificazione

Non rilevabile.

B - basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio parere su piano di lavoro di rimozione amianto di matrice compatta

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Favorire avvio lavori non in sicurezza

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione/assegnazione piano di lavoro
per bonifica amianto

Non rilevabile.

B - basso

2. Valutazione del piano di lavoro ed eventuale espressione del parere	Favorire avvio lavori non in sicurezza	M- medio
3. Rilascio del parere	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI
DI LAVORO: rilascio pareri tecnici

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Errata valutazione

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

scarsa responsabilizzazione interna

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

		M- medio
1. Ricezione richiesta	Non dare seguito a richiesta pervenuta.	B
2. Istruttoria documentale ed espressione del parere	Errata valutazione	M- medio
3. Rilascio del parere	Non rilevabile.	B- basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività Ispettiva

VETERINARIO: attività ispettiva

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi; Non dare seguito ad una richiesta o segnalazione pervenuta; Errata/mancata valutazione; Sopralluogo non rispondente alla realtà; Errata trascrizione del verbale

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Su programma o su ricezione richiesta o segnalazione	Non dare seguito ad una richiesta o segnalazione pervenuta.	B - basso
2. Assegnazione della richiesta/segnalazione all'operatore	Assegnazione allo solito operatore sullo stesso richiedente	B - basso
3. Valutazione della richiesta/segnalazione	Errata/mancata valutazione	M- medio
4. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione	Sopralluogo non rispondente alla realtà	M- medio
5. Comunicazione di prescrizioni o sospensione temporanea di attività	Errata trascrizione del verbale	M- medio
6. Sopralluogo di verifica delle prescrizioni impartite e comunicazioni di eseguite	Sopralluogo non rispondente alla realtà	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.1 Autorizzazioni

VETERINARIO: rilascio autorizzazioni

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Non dare seguito ad istanza ricevuta.
Scorretta/mancata verifica della documentazione.
Eventuali rapporti con gli stessi richiedenti.

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

M- medio

*motivazione
autovalutazione*

*Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento dell'istanza	Non dare seguito ad istanza ricevuta.	B - basso
2. Valutazione documentale	Scorretta/mancata verifica della documentazione	M- medio
3. Sopralluogo con stesura verbale di ispezione	Eventuali rapporti con gli stessi richiedenti.	M- medio
4. Espressione del giudizio	Non rilevabile.	M- medio
5. Emissione atto autorizzativo	Non rilevabile.	M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.2 Certificazioni

VETERINARIO: rilascio certificazioni

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Non dare seguito alla istanza ricevuta.
Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta
Rilascio certificazione non rispondente alla fase istruttoria

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricevimento dell'istanza

Non dare seguito alla istanza ricevuta.

B - basso

2. Istruttoria

Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta

M- medio

3. Rilascio della certificazione

Rilascio certificazione non rispondente alla fase istruttoria

M- medio

4. Registrazione della certificazione

Non rilevabile.

B - basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.4 Pareri tecnici

VETERINARIO: rilascio pareri tecnici

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Non dare seguito alla istanza ricevuta.
Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta
Rilascio certificazione non rispondente alla fase istruttoria

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione richiesta	Non dare seguito alla istanza ricevuta.	B - basso
2. Istruttoria documentale	Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta	M- medio
3. Rilascio del parere	Rilascio parere non risopondente alla fase istruttoria	M- medio

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.4 ALTRO

Convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.
Favorire un determinato ente rispetto ad un altro. Alta discrezionalità dell'ente/pubblico/privato col quale sottoscrivere convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato
Scorretta verifica degli aspetti giuridici ed economici indicati nella bozza di atto da condividere tra le parti

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Procedimento attivato da Direttore Dipartimento o su richiesta di ente	Favorire un determinato ente rispetto ad un altro. Alta discrezionalità dell'ente/pubblico/privato col quale sottoscrivere convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato	A- alto
2. Espletamento istruttoria	Scorretta verifica degli aspetti giuridici ed economici indicati nella bozza di atto da condividere tra le parti	A- alto
3. Determina di recepimento/approvazione	Non rilevabile.	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.4 Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto

Aggiudicazione della gara

eventi rischiosi

Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.

Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per permettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Esclusioni e aggiudicazioni

Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per permettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria

A- alto

2. Formalizzazione dell'aggiudicazione

Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per permettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria; violazione delle regole poste a tutela della trasparenza onde evitare o ritardare la proposizione di ricorsi, immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere il contratto

A- alto

Esecuzione del contratto*eventi rischiosi*

Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (con particolare riguardo alla durata, alle modifiche di prezzo, alla natura dei lavori, ai termini di pagamento, etc.), introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio. Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore.

Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Nella esecutività la contabilità viene predisposta dal DL, verificata e validata dal RUP; Le riserve sono valutate da 4 figure (DL propone, RUP verifica, collaudatore esamina e stazione appaltante valuta. Le varianti da tre (DL, RUP e SA)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Avvio esecuzione

possibilità che le verifiche siano alterate per favorire l'appaltatore

M- medio

2. Verifiche in corso di esecuzione

Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto;
mancato o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento rispetto al cronoprogramma per evitare l'applicazioni di penali o la risoluzione del contratto;
accettazioni di materiali in cantiere non conformi al capitolato

M- medio

3. Modifiche/varianti contrattuali	Possibilità che i contenuti della disamina delle riserve siano alterati per permettere all'appaltatore di conseguire vantaggi economici; abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore; inserimento di nuovi prezzi di cantiere	M- medio
4. Disamina riserve.	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'onere (con particolare riguardo alla durata, alle modifiche di prezzo, alla natura dei lavori, ai termini di pagamento, etc.), introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio. Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.	M- medio
5. Contabilizzazione interventi	pagamenti effettuati in assenza dei presupposti per favorire l'appaltatore	M- medio
6. Ultimazione interventi	Non rilevabile.	M- medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Predisposizione dei documenti da porre a base di gara

eventi rischiosi

Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti;
Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti
INDIVIDUAZIONE DI CRITERI DI PARTECIPAZIONE SPROPORZIONATI E INGIUSTIFICATAMENTE RESTRITTIVI RISPETTO ALL'OGGETTO E ALL'IMPORTO DELL'APPALTO;
Fuga di notizie
Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Indagini di mercato ed elaborazione
progettuale

Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori

M- medio

2. Individuazione dello strumento/istituto
per l'affidamento

Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante il proprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore.
Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere.

M- medio

3. Definizione dei requisiti di partecipazione	Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara;	M- medio
4. Definizione dei criteri di aggiudicazione e relativi punteggi	Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza.	A- alto
5. Approvazione documentazione progettuale e lex specialis	Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti; Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti INDIVIDUAZIONE DI CRITERI DI PARTECIPAZIONE SPROPORZIONATI E INGIUSTIFICATAMENTE RESTRITTIVI RISPETTO ALL'OGGETTO E ALL'IMPORTO DELL'APPALTO; Fuga di notizie Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.1 Programmazione

Programma triennale per gli appalti di lavori

eventi rischiosi

Inserimento nella programmazione di interventi non necessari per favorire un operatore economico;
Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità con possibili anomalie quali: ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione;
Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Analisi e definizione dei fabbisogni	La programmazione di interventi non necessari al fine di favorire un operatore economico.	M- medio
2. Nomina del responsabile del procedimento	Nomina di Responsabile in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza; Eventuali incompatibilità con operatore economico	M- medio
3. Stesura del programma	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità; Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente	M- medio
4. Deliberazione di approvazione del programma e conseguente pubblicazione	Intempestiva o incompleta predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.5 Esecuzione e rendicontazione del contratto

Rendicontazione del contratto

eventi rischiosi

Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

L'evento corruttivo viene neutralizzato dalla presenza di più persone preposte al controllo: DL, Collaboratori e RUP

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	M- medio
2. Rendicontazione dei lavori in economia da parte del DEC/DL	possibilità di alternare le opere in economia per avvantaggiare l'appaltatore	M- medio

3. Verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	M- medio
4. Approvazione risultanze e collaudo e relativa rendicontazione	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.3 Esecuzione gara

Selezione del Contraente

eventi rischiosi

Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

il rischio corruttivo è neutralizzato dalla presenza di più figure coinvolte nel processo

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Pubblicazione del bando	Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara; Assenza pubblicità del bando; Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante.	B - basso
2. Gestione delle sedute di gara	Mancato controllo preventivo requisiti di partecipazione. Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	B - basso
3. Nomina della Commissione giudicatrice	Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate	M- medio

4. Verifica dei requisiti di partecipazione	Anomala gestione delle sedute di gara al fine di pilotare la stessa	B - basso
1.1 CONTRATTI PUBBLICI 1.1.4 Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto		
Stipula del contratto	eventi rischiosi Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per consentire modifiche in fase di esecuzione.	Fattori abilitanti esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività Autovalutazione e Processo B - basso motivazione autovalutazione Il rischio è notevolmente ridimensionato in quanto il processo è vicolato dal Bando di gara e dalla normativa.
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)	Non si accetta la diminuzione di due livelli di rischio.	Classificazione del rischio M-medio
1. Individuazione degli elementi tecnici essenziali del contratto	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per consentire modifiche in fase di esecuzione.	M- medio
2. Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti; Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria	M- medio
3. Nomina del DEC/DL	nomina DEC/DL in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti ideonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza	M- medio
GCRFSQ		

Gestione Studi Clinici*eventi rischiosi*

In fase dell'autorizzazione alla sperimentazione, è presente il rischio di conflitto di interesse con lo sperimentatore;
 Non corretta applicazione della Procedura Aziendale;
 Utilizzo del fondo per finalità non idonea;
 Mancata verifica e monitoraggio;
 Monitoraggio superficiale/pilotato;
 Discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni/studi clinici.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricezione documentazione	Documentazione non coerente con quanto richiesto dal Comitato Etico (dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, lettera di intenti, protocollo, sinossi.....)	B - basso
2. Negoziazione convenzione economica (eventuale)	Convenzione realizzata al fine di favorire un determinato operatore economico	A- alto
3. Negoziazione contratto comodato d'uso gratuito (eventuale)	Acquisto dell'apparecchiatura al termine del comodato d'uso gratuito (elusione dello'affidamento diretto)	A- alto
4. Invio parere del Comitato Etico	Non rilevabile.	B - basso
5. Richiesta di nulla osta e trasmissione	Non rilevabile.	B - basso
6. Monitoraggio	Mancata verifica e monitoraggio; Monitoraggio superficiale/pilotato.	B - basso
7. Gestione economica-amministrativa dei proventi	Non corretta applicazione della Procedura Aziendale	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.3 Finanziamenti di progetti di Innoovazione e ricerca

Gestione Fondo Aziendale della Ricerca e Fondo del Comitato Etico*eventi rischiosi*

Utilizzo del fondo per finalità non idonee o distorte;
 Conflitto di interessi: utilizzatori del fondo in rapporto di contiguità con il promotore dello studio o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terietà e l'indipendenza;
 Mancata verifica e monitoraggio;
 Monitoraggio superficiale/pilotato.

Fattori abilitanti

scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione delle richieste di accesso al Fondo Aziendale della Ricerca e/o Fondo

Ricezione di una richiesta non conforme.
 Ricezione di richiesta finalizzata a favorire soggetti specifici sia all'interno dell'Azienda che all'esterno.

M- medio

2. Monitoraggio periodico Fondo Aziendale della Ricerca

Mancata verifica e monitoraggio;
 Monitoraggio superficiale/pilotato.

B - basso

3. Rendicontazione annuale dei Fondi della Ricerca e del Comitato Etico

Nessun evento rischioso in quanto è un report informatizzato tramite sistema GAAC

B - basso

3.1 FORMAZIONE

formazione

Convenzioni con Università ed Enti Formativi*eventi rischiosi**Fattori abilitanti**Autovalutazione e Processo**motivazione autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

processo/attività in corso di analisi

Classificazione del rischio

A-alto

- 1. ricezione della richiesta di attivazione di convenzionamento
- 2. Valutazione della richiesta di convenzionamento
- 3. Stipula o diniego convenzione

3.1 FORMAZIONE

Formazione Esterna NON sponsorizzata

eventi rischiosi

Mancata rotazione; assenza di criteri nell'individuazione del personale; mancanza di esplicitazione dei vantaggi in termini di acquisizione di competenze; richieste di pagamenti per compensi non dovuti.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

scarsa responsabilizzazione interna

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Individuazione del personale partecipante	Mancata rotazione; assenza di criteri nell'individuazione del personale; mancanza di esplicitazione dei vantaggi in termini di acquisizione di competenze.	A- alto
2. Autorizzazione alla partecipazione	Mancata rotazione; assenza di criteri nell'individuazione del personale; mancanza di esplicitazione dei vantaggi in termini di acquisizione di competenze.	A- alto
3. Termine dell'evento formativo ed eventuale richiesta di pagamento	Richieste di pagamenti per compensi non dovuti.	A- alto

3.1 FORMAZIONE

formazione

Formazione Esterna sponsorizzata

eventi rischiosi

Comportamenti non conformi a principi di correttezza ed efficacia, trasparenza dell'azione amministrativa o esplicita progettualità relativamente all'individuazione del personale al fine di giungere a forme di collaborazione corrette, stabili, leali e proficue tra l'AUSL e i soggetti organizzatori, i fornitori di attività ECM (provider) e i finanziatori privati (soggetti e aziende private, incluse quelle farmaceutiche e produttrici di dispositivi sanitari). Mancata rotazione del personale da inviare in Formazione Esterna sponsorizzata (fattore abilitante-esercizio prolungato....)

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricezione dell'offerta di sponsorizzazione per attività Formativa	Domanda incompleta al fine di nascondere eventuali conflitti di interessi; domanda mirata che identifica un destinatario già individuato.	B - basso
2. Individuazione del personale partecipante	Individuazione non rispettosa dei criteri di rotazione del personale nell'accesso alla formazione esterna sponsorizzata; Assenza di criterio nella scelta.	A- alto
3. Richiesta di formazione sponsorizzata	Possibile conflitto di interessi del partecipante individuato per la formazione sponsorizzata con la ditta sponsorizzatrice.	B - basso
4. Dichiarazione di inesistenza di conflitto di interessi	Eventuale dichiarazione mendace; difficoltà nel controllo delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.	M- medio
5. autorizzazione alla partecipazione	La documentazione incompleta o non corretta.	A- alto

3.1 FORMAZIONE

formazione

Formazione Interna

eventi rischiosi

Programmazione non rispondente completamente al fabbisogno formativo delle macro articolazioni aziendali; eccessivo ricorso alla procedura di aggiornamento dei PAF. Mancanza di chiari criteri distributivi nell'assegnazione del budget. Mancata esplicitazione delle priorità formative. Progettazione mirata a favorire determinati docenti. Conferimento di incarico a soggetti che non hanno i requisiti; conferimento di incarico attribuito al di fuori dei regolamenti aziendali; assenza di rotazione tra i docenti. Mancato rispetto della rotazione nell'accesso alla formazione. Conferimento di incarico attribuito al di fuori delle procedure aziendali.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Programmazione annuale	Programmazione non rispondente completamente al fabbisogno formativo delle macro articolazioni aziendali; eccessivo ricorso alla procedura di aggiornamento dei PAF.	B - basso
2. Assegnazione del Budget per macrogestione	Mancanza di chiari criteri distributivi nell'assegnazione del budget.	A- alto
3. Selezione dei corsi da attivare conseguentemente alla riduzione di budget	Mancata esplicitazione delle priorità formative.	A- alto
4. Progettazione del corso	Progettazione mirata a favorire determinati docenti.	B - basso
5. Individuazione docenti e/o fornitori di formazione	Conferimento di incarico a soggetti che non hanno i requisiti; conferimento di incarico attribuito al di fuori dei regolamenti aziendali; assenza di rotazione tra i docenti; assenza delle necessarie procedure comparative.	A- alto

6. Accesso a formazione	Mancato rispetto della rotazione nell'accesso alla formazione.	B - basso
7. Conferimento degli incarichi di docenza	Conferimento di incarico a soggetti che non hanno i requisiti; conferimento di incarico attribuito al di fuori delle procedure aziendali.	B - basso
8. Pagamento dei compensi	Pagamento di compensi non dovuti.	A- alto
9. Attestati di Frequenza e attestati ECM	Rilascio improprio di certificati.	B - basso

3.1 FORMAZIONE

Formazione Universitaria

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

formazione

eventi rischiosi

inadeguata individuazione dell'esperto

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

scarsa responsabilizzazione interna

M- medio

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

1. Individuazione docenti	Non rilevabile.	B- basso
2. Individuazione Esperti di Laboratorio/Seminari	inadeguata individuazione dell'esperto	M- medio
3. Attribuzione di incarichi di docenza per corsi di laurea	Non rilevabile.	B- basso
4. Attribuzione di incarichi di Esperto per Laboratori/Seminari per corsi di laurea	Non rilevabile.	B- basso
5. Liquidazione dei compensi per incarichi di docenza per corsi di laurea	Non rilevabile.	B- basso
6. Liquidazione dei compensi per incarichi di Esperto per Laboratori/Seminari per corsi	Non rilevabile.	B- basso

3.1 FORMAZIONE

Gestione Corsi OSS - Operatori Socio Sanitari

eventi rischiosi

formazione

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

- 1. richiesta di convenzione
- 1. Scelta dell'ente da convenzionare
- 2. Stesura della convenzione onerosa
- 3. richiesta di disponibilità per tutor
- 3. Scelta dei dipendenti per docenza
- 4. Gestione del corso
- 5. Chiusura del corso
- 6. Valorizzazione dei tutor

3.1 FORMAZIONE

formazione

Gestione Formazione Universitaria Specialistica (psicologi, medici, altri figure sanitarie)

eventi rischiosi

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

processo/attività in corso di analisi

Classificazione del rischio

A-alto

3.1 FORMAZIONE

formazione

Gestione Tirocini - Stage post diploma - Dottorati

eventi rischiosi

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

processo/attività in corso di analisi

Classificazione del rischio

A-alto

1. ricezione della richiesta di attivazione

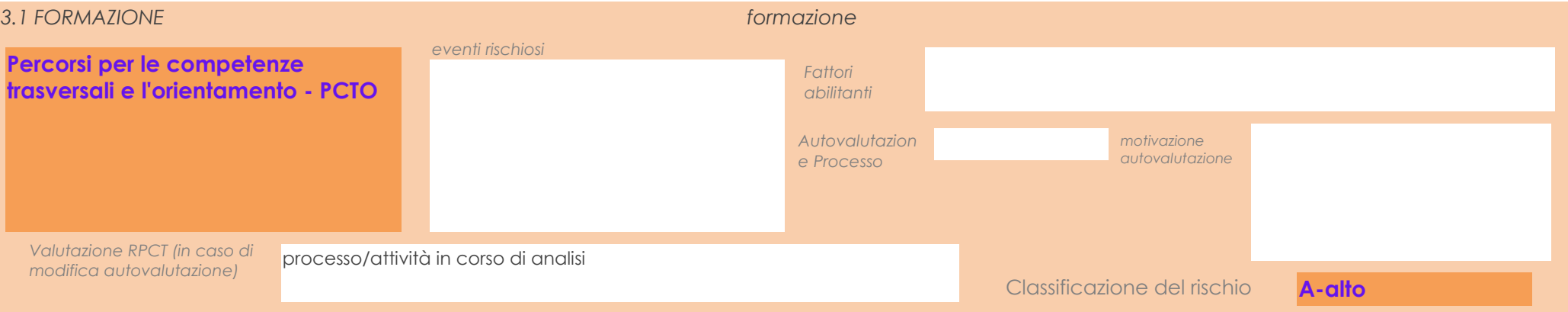
2. Verifica della presenza di
convenzionamento

3. Convenzionamento con
istituto/Università di provenienza del

4. Autorizzazione al tirocinio

4. Scelta del Tutor

- 5. Chiusura del tirocinio
- 6. Relazione conclusiva
- 6. valorizzazione tutoriale (se prevista)



- 1. bando di disponibilità rivolto alle scuole
- 2. Definizione dei progetti da attuare
- 3. realizzazione della Convenzione
- 4. Relazione conclusiva

GPS

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

2.1.2 Liste di attesa

Gestione delle liste di attesa: interventi di Chirurgia ambulatoriale

eventi rischiosi

prescrizione di priorità non coerenti con l'effettiva gravità clinica in base a sollecitazione oppure per ovviare alle criticità dei TdA (modalità opportunistica)
selezione del paziente inserito in presa in carico e non di tutti i pazienti in base alle necessità cliniche (percorsi opportunistici) ; mancata presa in carico con prescrizione in primo accesso piuttosto che accesso successivo ; mancata informazione all'utente della presa in carico
Prescrizione prestazione di controllo con esenzione (opportunistica)
assenti o errate informazioni all'utente circa la tipologia di prestazione, le modalità di accesso , mancata compilazione delle modulistiche previste con rischio di mancata esecuzione e riprogrammazione della stessa.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

A- alto

1. inserimento in lista di attesa per
intervento ambulatoriale

Errata comunicazione dei tempi di attesa erogazione in regime istituzionale per dirottamento del paziente alla LP o al Privato , scelta dell'appuntamento da parte del paziente condizionata dalle proposte dell'operatore che favoriscono agende in orario aggiuntivo

A- alto

2. programmazione intervento
ambulatoriale

dirottamento sul PA

B- basso

3. riscossione ticket

mancata verifica del pagamento del ticket; con l'inserimento delle nuove forme di pagamento non si effettua più la verifica dell'avvenuto pagamento. Il controllo è (molto) successivo alla effettuazione della prestazione

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA		2.1.2 Liste di attesa	
Gestione delle liste di attesa: visite ed esami diagnostici	<i>eventi rischiosi</i> prescrizione di priorità non coerenti con l'effettiva gravità clinica in base a sollecitazione oppure per ovviare alle criticità dei TdA (modalità opportunistica) selezione del paziente inserito in presa in carico e non di tutti i pazienti in base alle necessità cliniche (percorsi opportunistici); mancata presa in carico con prescrizione in primo accesso piuttosto che accesso successivo; mancata informazione all'utente della presa in carico. Prescrizione prestazione di controllo con esenzione (opportunistica) assenti o errate informazioni all'utente circa la tipologia di prestazione, le modalità di accesso, mancata compilazione delle modulistiche previste con rischio di mancata esecuzione e riprogrammazione della stessa.	Fattori abilitanti	scarsa responsabilizzazione interna
		Autovalutazione e Processo	motivazione autovalutazione
Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)		Classificazione del rischio	B-basso

		B- basso
1. Prenotazione visita o esame diagnostico nel rispetto della classificazione delle	Errata comunicazione dei tempi di attesa erogazione in regime istituzionale per dirottamento del paziente alla LP o al Privato , scelta dell'appuntamento da parte del paziente condizionata dalle proposte dell'operatore che favoriscono agende in orario aggiuntivo Prenotazioni fittizie di pazienti da utilizzare come disdette mancata presenza di agenda di presa in carico con rischio di rinvio a prestazione di primo accesso. Diversità fra i diversi ambiti della presenza di presa in carico per la medesima prestazione possibili comportamenti opportunistici con prescrizioni inappropriate mancato aggiornamento dell'anagrafica e dati per il contatto (recapiti non validi o non corretti) con difficoltà/ impossibilità di richiamare il paziente successivamente o di inviare il promemoria	B- basso

2. la prenotazione non è disponibile: INSERIMENTO IN PRELISTA - PIC	utilizzo opportunistico delle prestazioni destinate alle priorità, non rispetto dell'ordine cronologico della "presa in carico" mancanza di uniformità nella proposta automatica di inserimento in prelista per tutte le prenotazioni oltre TdA. risposta all'utente in tempi che non rispecchiamo esattamente il tempo di inserimento in prelista a causa dei tempi necessari per l'aumento di offerta specifica. comunicazione incompleta delle condizioni previste dall'inserimento in prelista (criteri, tempi, annullamento, cancellazione)	B- basso
3. PRELISTA - PIC - gestione	"presa in carico" fittizia del paziente, mancata programmazione di agende dedicate ai "presi in carico", riserva di posti "impropria", mancata garanzia del rispetto dell'ordine temporale di "presa in carico", mancata informazione al paziente "preso in carico" mancata equità nella offerta prenotativa entro i TdA standard fra gli utenti inseriti in prelista e quelli con prenotazione oltre TdA il PDPI in base alle disponibilità comunicate dalle Direzioni Mediche contatta l'utente fornendo un appuntamento presso la sede di presa in carico nei tempi previsti	B- basso
4. monitoraggio dei tempi di attesa della specialistica aziendale	la forte ed urgente pressione della criticità dei TdA favorisce la ricerca di aumento dell'offerta esterna presso il privato accreditato ,che ha maggiore flessibilità organizzativa, rispetto all'offerta interna pubblica. Assegnazione non motivata di committenza al privato. Ricorso esteso e crescente all'attività ALP	
5. riscossione ticket	mancata verifica del pagamento del ticket: con l'inserimento delle nuove forme di pagamento non si effettua più la verifica dell'avvenuto pagamento. Il controllo è (molto) successivo alla effettuazione della prestazione	B- basso
6. effettuazione della visita/esame diagnostico		

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.4 Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto

Affidamento del servizio/fornitura

eventi rischiosi

Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi nonché valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata; Assenza di criteri per la scelta della Commissione Aggiudicatrice. Abuso della procedura d'urgenza; Abuso dell'esclusività. Abuso della procedura d'urgenza; Abuso dell'esclusività.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Valutazione offerta tecnica di gara

Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi nonché valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata; Assenza di criteri per la scelta della Commissione Aggiudicatrice.

A- alto

2. Attivazione di servizi di manutenzione (di valore < €40.000) a seguito di guasto

Abuso della procedura d'urgenza; Abuso dell'esclusività.

A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.5 Esecuzione e rendicontazione del contratto

Esecuzione del contratto

eventi rischiosi

Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura/servizi; Rilascio certificato di ultimazione e regolare esecuzione in cambio di vantaggio economico; Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura; Rilascio certificato di regolare collaudo in cambio di vantaggio economico.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Collaudo di accettazione apparecchiature sanitarie

Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura
Rilascio certificato di regolare collaudo in cambio di vantaggio economico.

M- medio

2. Verifiche in corso di esecuzione del contratto

Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante
Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura/servizio
Rilascio certificato di ultimazione e regolare esecuzione in cambio di vantaggio economico.

M- medio

Predisposizione documenti di gara*eventi rischiosi*

Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori. Scarsa conoscenza da parte dei richiedenti/firmatari delle normative e dei rischi legati alla eventuale agevolazione di un operatore economico. Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara; Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza. Conflitto di interessi non dichiarato all'atto dell'individuazione. Stesura di capitolato con criteri o requisiti o troppo vaghi o troppo dettagliati allo scopo di favorire o sfavorire operatori economici

Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti;

Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti

*Fattori
abilitanti*

assenza misura di trattamento del rischio; esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

A- alto

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Consultazione preliminare di mercato/indagine di mercato	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori. Scarsa conoscenza da parte dei richiedenti/firmatari delle normative e dei rischi legati alla eventuale agevolazione di un operatore economico.	A- alto
2. Collaborazione/coordinamento gruppo per predisposizione capitolato	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara; Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza. Conflitto di interessi non dichiarato all'atto dell'individuazione.	A- alto
3. Predisposizione documentazione amministrativa e capitolato prestazionale	Stesura di capitolato con criteri o requisiti o troppo vaghi o troppo dettagliati allo scopo di favorire o sfavorire operatori economici Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.1 Programmazione

Programmazione Ingegneria Clinica

eventi rischiosi

Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità;
Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito;
Riconoscimento stato d'uso dei dispositivi non rispondente alla realtà al fine di agevolare un fornitore;
Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Analisi e definizione dei fabbisogni, ricognizione stato d'uso apparecchiature	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità; Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito; Ricognizione stato d'uso dei dispositivi non rispondente alla realtà al fine di agevolare un fornitore.	M- medio
2. Programmazione biennale per forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali	Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione	M- medio

IRCCS

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.5 Esecuzione e rendicontazione del contratto

Esecuzione contratti/convenzioni

eventi rischiosi

Mancata o insufficiente effettuazione delle verifiche; conflitto di interesse del DEC; alterazione o emissione di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati; rilascio di certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Svolgimento delle funzioni del Direttore esecuzione contratto (DEC) relativamente	Mancata o insufficiente effettuazione delle verifiche; conflitto di interesse del DEC; alterazione o emissione di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati; rilascio di certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici.	B - basso
3. Autorizzazione alla liquidazione delle fatture passive	Liquidazione di compensi non dovuti	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

eventi rischiosi

Acquisizione di un servizio non necessario; Acquisto di servizio per favorire un operatore economico specifico; Inadeguata verifica quali-quantitativa del fabbisogno; Mancata verifica della presenza di contratto attivo.

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricezione richiesta

Acquisizione di un servizio non necessario;
Acquisto di servizio per favorire un operatore economico specifico.

B - basso

2. Espletamento dell'istruttoria

Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare; Eccessivo ricorso all'individuazione di operatori economici. Violazione del principio di rotazione nella scelta degli operatori economici.

A- alto

3. Affidamento del servizio/acquisto beni di valori inferiori a 5.000 euro

Agevolare acquisti su determinato fornitore

A- alto

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.3 accordi con ENTI PUBBLICI e PRIVATI

Convenzioni con Università degli studi

eventi rischiosi

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

Autovalutazione e Processo

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Procedimento attivato da Azienda - IRCCS-ISNB

Attività molto partecipata, rischio non individuabile

B - basso

2. Espletamento dell'istruttoria attuativa di protocolli sottoscritti da Regione Emilia-	Non rilevabile.	B - basso
3. Deliberazione di recepimento degli accordi attuativi locali convenzionali	Non rilevabile.	B - basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA,

2.3.4 Sponsorizzazioni

Sponsorizzazioni per progetti di innovazione e ricerca

eventi rischiosi

Comportamenti non conformi a:
 -principi di correttezza ed efficacia, trasparenza dell'azione amministrativa;
 -esplicita progettualità relativamente alle modalità di finanziamento;
 Mancata pubblicizzazione dell'avviso della ricerca di sponsor. Conflitto di interesse tra gli operatori coinvolti nel progetto e lo sponsor. Mancato coinvolgimento di tutti gli attori interessati (interni-aziendali es: servizio acquisti). Mancato rispetto regolamento interno per incarichi extra istituzionali.

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; carenza di competenze professionali specifiche; esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Adottate una serie di misure in ogni fase di processo volta ad assicurare verifica dei rischi specifici, trasparenza ecc.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Fase Preparatoria	Progetto calibrato su un unico operatore economico; conflitto di interessi tra responsabile Scientifico di progetto e sponsor	M- medio
2. Valutazione del progetto	Uso distorto della discrezionalità nella valutazione del progetto;	M- medio
3. Avviso per la ricerca di sponsor	mancata pubblicazione dell'avviso di ricerca sponsor	M- medio
4. Ricezione delle offerte - istruttoria documentale	Alterazione o sottrazione della documentazione;	M- medio
5. Verifica assenza conflitto di interessi	mancata o errata verifica dell'assenza di conflitto di interessi; dichiarazioni mendaci	A- alto

6. Valutazione dell'offerta e comunicazione dell'esito allo Sponsor	valutazione iniqua delle offerte pervenute	M- medio
7. Elaborazione del contratto di sponsorizzazione e validazione della	contratto finalizzato a sfavore dell'Azienda/ISNB	M- medio
8. Pubblicazione del contratto	mancata o incompleta pubblicazione del contratto nella sezione dedicata	M- medio
9. Monitoraggio delle attività e gestione contabile - Rendicontazione della	manca di monitoraggio delle attività e rendicontazione; monitoraggio incompleto delle attività	M- medio

IRCCS S

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Convenzioni con Università degli studi

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Attività molto partecipata, rischio non individuabile

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

carena di competenze professionali specifiche; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

B - basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

2.2.3 accordi con ENTI PUBBLICI e PRIVATI

LP

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali

eventi rischiosi

Distorta o omessa valutazione dei criteri di compatibilità.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. ricezione istanza e valutazione
dell'incarico

Distorta o omessa valutazione dei criteri di compatibilità.

M- medio

2. autorizzazione all'incarico

Non rilevabile.

B - basso

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Accertamento requisiti psico-fisici in Commissione Medica Locale (CML) Patenti

eventi rischiosi

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

2. Presa in carico del richiedente la
prestazione

Scarsa o mancata verifica della documentazione di supporto.

M- medio

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

2.1.1 Libera Professione

Autorizzazione allo svolgimento di prestazioni professionali occasionali da parte della Dirigenza Medica e Sanitaria

eventi rischiosi
Concessione di autorizzazioni a discapito dell'attività istituzionale; commistione pubblico-privato (pantouflage)

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricezione della richiesta	Dichiarazioni mendaci	M- medio
2. Verifica dei presupposti per l'accoglimento	Mancata verifica del limite consentito di prestazioni occasionali presso altre strutture (24)	M- medio
3. Autorizzazione o diniego	Mancata motivazione nel diniego	B - basso

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

2.1.1 Libera professione

Attività libero professionale ambulatoriale

eventi rischiosi

Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale; violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione;

svolgimento della libera professione in orario di servizio; trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione; violazione del diritto di libera scelta del paziente per incompleta o errata indicazione dei tempi di accesso in regime istituzionale per indurlo al ricorso in LP; variazione discrezionale delle condizioni di accesso alle prestazioni per vantaggi privati dei professionisti; dirottamento del paziente dalle liste di attesa dell'attività istituzionale alla LP.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

M- medio

1. Pianificazione/Programmazione attività Libero Professionale Aziendale

Possibile disparità di trattamento dei Medici in funzione degli spazi concessi. Pianificazione errata a discapito dell'attività istituzionale

M- medio

2. Apertura agende dei professionisti autorizzati

non rilevabile

B- basso

3. Erogazione dell'attività libero professionale ambulatoriale

Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime istituzionale con conseguente variazione discrezionale delle condizioni di accesso per vantaggi privati dei professionisti; mancata registrazione della prenotazione/ erogazione della prestazione; svolgimento della libera professione in orario di servizio e incantivazione comportamenti scorretti

M- medio

4. Elaborazione dei riparti, accantonamento mensile fondi

Rischio di remunerare LP erogata in orario di lavoro

B- basso

5. Controlli sull'attività libero professionale ambulatoriale erogata	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti; disallineamento dei volumi tra attività istituzionale e libera professione a discapito della prima	M- medio

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	2.1.1 Libera professione
Attività libero professionale in regime di ricovero	eventi rischiosi Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale; violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione; svolgimento della libera professione in orario di servizio; trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione; violazione del diritto di libera scelta del paziente per incompleta o errata indicazione dei tempi di accesso in regime istituzionale per indurlo al ricorso in LP; variazione discrezionale delle condizioni di accesso alle prestazioni per vantaggi privati dei professionisti; dirottamento del paziente dalle liste di attesa dell'attività istituzionale alla LP. Fattori abilitanti assenza di trasparenza; assenza misura di trattamento del rischio; carenza di competenze professionali specifiche; inadeguata diffusione cultura della legalità Autovalutazione e Processo A- alto motivazione autovalutazione Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione) Classificazione del rischio A-alto

1. proposta informativa al paziente da parte del medico della modalità di	Dirottare il paziente verso il regime ALP; Autorizzazione aziendale di un intervento in ALP non erogabile ai sensi del regolamento	A- alto
2. Emissione del preventivo al paziente per il ricovero in libera professione	Mancanza di controllo dei tempi di attesa per i ricoveri in SSN e LP	B- basso
3. Programmazione ricovero	Mancanza di controllo dei tempi di attesa per i ricoveri in SSN e LP	M- medio
4. Ricovero ospedaliero/prestazione chirurgica in libera professione	Mancato monitoraggio della Direzione Ospedaliera sull'attività chirurgica (volumi; tempi di attesa)	M- medio

5. Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici e sulle

Disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per una equipe/professionista/prestazione

M- medio

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

2.1.1 Libera professione

Autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale

eventi rischiosi

False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. acquisizione della domanda

False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

B - basso

2. Acquisizione del parere del Direttore della macrostruttura di afferenza del

Rilasciare autorizzazioni senza verificare dei volumi dell'attività ordinaria.

M- medio

3. Rilascio autorizzazione

Non rilevabile.

B - basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.4 Accordi con TERZI

Stipula o rinnovo contratti o convenzioni con terzi richiedenti prestazioni sanitarie e non sanitarie professionali a pagamento

eventi rischiosi

Erronea definizione del fabbisogno, omessa verifica dei requisiti, errata definizione del rimborso, conflitto di interesse, discrezionalità nella definizione dei contenuti e dei termini dell'accordo

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Recepimento della richiesta di fornitura di prestazioni sanitarie e non, da parte di	Richiesta non completa o sottostima dei volumi della attività richiesta	B - basso
2. Analisi e verifica della richiesta (normativa e regolamentare) e della	Non rilevabile.	B - basso
3. Acquisizione del parere favorevole del Direttore di UOC/ Dipartimento della	Autorizzazione concessa senza verifica dei volumi dell'attività istituzionale, mancata rotazione tra i professionisti.	M- medio
4. Predisposizione ed adozione degli atti di convenzione	Non rilevabile.	B - basso
5. Erogazione attività a cura dei Professionisti secondo accordi	mancata coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	M- medio
6. Rendicontazione prestazioni mensili ed emissione fattura differita	non rilevabile	B- basso
7. Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei	Mancata verifica regolarità contabile e erroneo riparto dei compensi	B- basso
8. Accantonamento annuale fondo collabora, PEREQUAZIONE, Balduzzi	Mancata coerenza con Regolamento ALP e accordi con le OO.SS	B- basso

MLRM

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Gestione del Rischio/RISK MANAGEMENT

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Il rischio non è rilevabile.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

1. Gestione degli eventi che hanno attinenza al rischio clinico - Segnalazioni	Non rilevabile.	B - basso

2. Valutazione e gestione dell'evento sentinella	Non rilevabile.	B - basso
3. Focus di approfondimento e definizione delle attività da svolgere per identificare i	Non rilevabile.	B - basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Gestione diretta dei sinistri

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Uso distorto della discrezionalità; pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o fari; conflitti di interesse; valutazione distorta.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

1. Apertura sinistro	Non rilevabile.	B - basso
2. Fase istruttoria	Uso distorto della discrezionalità; pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o fari; conflitti di interesse; valutazione distorta.	M- medio
3. Fase decisoria	Uso distorto della discrezionalità; pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o fari; conflitti di interesse; valutazione distorta.	M- medio
4. Richiesta di parere al NRVS (se del caso)	Non rilevabile.	B - basso

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Accertamento disabilità (Invalidità civile, Handicap EX L. 104/92, Cecità e sordità) e accertamento per collocamento lavorativo disabili EX L. 68/99

eventi rischiosi

Valutazione distorta. Accertamenti sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Presa in carico della domanda di disabilità trasmessa dall'INPS e

Non rilevabile.

B - basso

2. Accertamento medico collegiale in merito al riconoscimento della disabilità

Valutazione distorta.

M- medio

3. Riesame dell'accertamento a seguito di apposta istanza dell'interessato

Valutazione distorta.

M- medio

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Accertamento requisiti psico-fisici in Commissione Medica Locale (CML) Patenti

eventi rischiosi

Scarsa o mancata verifica della documentazione di supporto. Conteggio di compensi non dovuti.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Prenotazione visita medica

Non rilevabile.

B - basso

3. Effettuazione visita medica e rilascio ricevuta/certificazione

Scarsa o mancata verifica della documentazione di supporto.

M- medio

4. Liquidazione dei compensi	Conteggio di compensi non dovuti.	M- medio
1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT 1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'		
Attività certificativa medico legale individuale e collegiale	eventi rischiosi Valutazione distorta.	Fattori abilitanti scarsa responsabilizzazione interna
	Autovalutazione e Processo M- medio	motivazione autovalutazione
	Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)	Classificazione del rischio M-medio

1. Richiesta prestazione	Non rilevabile.	B - basso
2. Visita medico legale	Valutazione distorta.	M- medio
3. Rilascio certificato medico legale	Non rilevabile.	B - basso

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT 1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'		
Attività di Pronta Disponibilità	eventi rischiosi Valutazione distorta.	Fattori abilitanti scarsa responsabilizzazione interna
	Autovalutazione e Processo M- medio	motivazione autovalutazione
	Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)	Classificazione del rischio M-medio

1. Richiesta intervento ed esecuzione della prestazione	Non rilevabile.	B - basso

2. Redazione certificazioni e documentazione prevista nelle singole

Valutazione distorta.

M- medio

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Indennizzi per danni da trasfusioni e vaccinazioni EX LEGGE 210/92

eventi rischiosi

Carenza o mancanza di documentazione; mancata o scarsa verifica dei requisiti. Classificazione del contributo in classe diversa da quella dovuta; altri riconoscimenti non dovuti.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Istruttoria della domanda

Carenza o mancanza di documentazione; mancata o scarsa verifica dei requisiti.

B - basso

2. Notifica del giudizio medico-legale

Non rilevabile.

B - basso

3. Erogazione del beneficio economico

Classificazione del contributo in classe diversa da quella dovuta; altri riconoscimenti non dovuti.

A- alto

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Medicina necroscopica

eventi rischiosi

Valutazione distorta.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Presa in carico richiesta di accertamento necroscopico	Non rilevabile.	B - basso
2. Accertamento necroscopico	Valutazione distorta.	M- medio
3. Riscontro diagnostico	Valutazione distorta.	M- medio
4. Registrazione telematica presso l'INPS dell'avvenuto decesso	Non rilevabile.	B - basso

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETT

1.7.1 rilascio IDONEITA'/NON IDONEITA'

Rilascio pareri

eventi rischiosi

Valutazione distorta.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Richiesta rilascio parere	Non rilevabile.	B - basso
2. Redazione e rilascio parere/relazione medico legale	Valutazione distorta.	M- medio

PAT

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Scelta del contraente per alienazioni di immobili

eventi rischiosi

Selettiva comunicazione di informazioni solo ad alcuni soggetti partecipanti

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

La valutazione dell'interesse esterno è marginale, in quanto il processo è completamente vincolato da stringente normativa.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Acquisizione perizia di stima ed autorizzazioni	Rilevante scostamento tra il valore di perizia e l'offerta economica presentata	B - basso
2. Redazione e pubblicazione bando, nomina commissione	Non adeguata pubblicità tesa a favorire una limitata partecipazione o selettiva comunicazione di informazioni solo ad alcuni soggetti partecipanti	B - basso
3. Gestione delle sedute di gara	Non rilevabile.	B - basso
4. Verifica requisiti aggiudicatario e prelazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Aggiudicazione	Non rilevabile.	B - basso
6. Stipula atto di compravendita	Rischio limitato in quanto la scelta del notaio è a cura dell'acquirente	A- alto

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Scelta del contraente per contratti attivi*eventi rischiosi*

Selettiva comunicazione di informazioni solo ad alcuni soggetti partecipanti.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

La valutazione dell'interesse esterno è marginale, in quanto il processo è completamente vincolato da stringente normativa

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Acquisizione valore della locazione ed autorizzazioni

Rilevante scostamento tra il valore congruito e l'offerta economica presentata.

B - basso

2. redazione e pubblicazione bando, nomina commissione

Non adeguata pubblicità tesa a favorire una limitata partecipazione

A- alto

3. gestione delle sedute di gara

Non rilevabile.

B - basso

4. verifica requisiti aggiudicatario e prelazione

Non rilevabile.

B - basso

5. aggiudicazione

Non rilevabile.

A- alto

6. stipula del contratto di locazione/affitto

Non rilevabile.

A- alto

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Scelta del contraente per contratti passivi*eventi rischiosi*

Discrezionalità nella scelta dell'immobile da acquisire in locazione.

Fattori
abilitanti

scarsa chiarezza della normativa di riferimento

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

La valutazione dell'interesse esterno è marginale rispetto ad altri requisiti richiesti: ubicazione dell'immobile, tempi di consegna, status dell'immobile. Le procedure vincolano il processo

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. verifica sulla inesistenza di immobili idonei di proprietà degli Enti Pubblici	Non rilevabile.	B - basso
2. redazione e pubblicazione avviso per ricerche ed indagini di mercato, nomina	Non rilevabile.	A- alto
3. gestione della procedura di selezione	Non rilevabile.	M- medio
4. verifica requisiti della migliore offerta	Discrezionalità nella scelta dell'immobile da acquisire in locazione	M- medio
5. verifica congruità canone ed aggiudicazione	Non rilevabile.	A- alto
6. stipula del contratto di locazione	Non rilevabile.	A- alto

1. Aggiornamento piani	non rilevabile	B- basso
2. Caricamento in procedura	non rilevabili	B- basso

3. Assolvimento debiti informativi vs Regione e vs Ministero

non rilevabili

B- basso

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

Programmazione economica e controllo di gestione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi
non rilevabili

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

1.8.2 Controllo di Gestione

1. Predisposizione Conti Economici

nn rilevabili

B- basso

2. Predisposizione Relazioni ai Bilanci di Previsione e Consuntivo

non rilevabili

B- basso

3. Supporto al Collegio Sindacale

non rilevabili

B- basso

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

Richieste estemporanee di valutazioni economiche da parte di Servizi RER

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi
non rilevabili

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

1.8.2 Controllo di Gestione

1. Effettuazione analisi del contesto e predisposizione di valutazione economica

non rilevabili

B- basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

1.4.3 Attività ispettiva

Formazione-informazione e addestramento dei lavoratori

eventi rischiosi

Sottostimare rischio e conseguente formazione aziendale
Errata individuazione del docente e mancata rotazione nell'affidamento degli incarichi di docenza

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Piano Formativo Aziendale cd PFA

Sottostimare rischio e conseguente formazione aziendale

M- medio

2. Attuazione del PFA

Errata individuazione del docente e mancata rotazione nell'affidamento degli incarichi di docenza

M- medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

1.4.2 Certificazioni

Medicina preventiva

eventi rischiosi

Sottostima del quadro clinico, del rischio.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

M- medio

1. Gestione infortuni con esposizione a rischio biologico

Non rilevabile

B- basso

2. Gestione isolamento e quarantena COVID 19 dei lavoratori

Non rilevabile.

B- basso

3. Sorveglianza sanitaria dei lavoratori

Sottostima del quadro clinico, del rischio.

M- medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

1.4.3 Attività ispettiva

Rapporti utenza esterna

eventi rischiosi

Non rilevabile

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

B- basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

Benessere organizzativo e stress lavoro correlato

eventi rischiosi

Ignorare una richiesta - sottovalutare
problema

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

DUVRI - Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali

eventi rischiosi

Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

Elaborazione DVR - Documento di valutazione dei rischi

eventi rischiosi

Sottostimare la classificazione priorità della misura
Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Individuazione dei pericoli - Valutazione dei rischi

Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

M- medio

2. Misure di prevenzione e protezione individuate per mitigare i rischi.

Sottostimare la classificazione priorità della misura

M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

Elaborazione DVR Covid 19 - Documento di valutazione dei rischi

eventi rischiosi

Sottostimare la classificazione priorità della misura
Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Individuazione dei pericoli - Valutazione dei rischi

Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

M- medio

2. Misure di prevenzione e protezione individuate per mitigare i rischi.

Sottostimare la classificazione priorità della misura

M- medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.2 Certificazioni

INAIL

eventi rischiosi

Non rilevabile

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

1.4.3 Attività ispettiva

Procedure di Sicurezza

eventi rischiosi

Sbagliare nel redigere procedura

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

B- basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Elaborazioni di specifiche procedure o IO
di sicurezza per le diverse articolazioni

Sbagliare nel redigere procedura

B- basso

2. Gestione delle emergenze intra
ospedaliere

Non rilevabile

B- basso

SAAV

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.4 Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto

Aggiudicazione della gara

eventi rischiosi

Possibilità di violazione delle regole
poste a tutela della trasparenza della
procedura al fine di evitare o ritardare
la proposizione di ricorsi da parte di
soggetti esclusi o non aggiudicatari.
Immotivato ritardo nella
formalizzazione del provvedimento di
aggiudicazione definitiva che può
indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da
ogni vincolo o recedere dal contratto.
Presenza di gare aggiudicate con
frequenza agli stessi operatori
economici o di gare con unica offerta
valida.

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Esclusioni e aggiudicazioni	Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto. Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori economici o di gare con unica offerta valida.	A- alto
2. Formalizzazione dell'aggiudicazione	Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto. Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori economici o di gare con unica offerta valida.	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Definizione dei criteri di gara

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.1.2 Progettazione

eventi rischiosi

Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori

Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore.

Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Indagini di mercato	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato. Svolgimento di indagini di mercato predeterminate in funzione della restrizione del mercato ad uno o pochi fornitori Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili;	A- alto
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere.	A- alto
3. Definizione dei criteri di aggiudicazione	Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitore o comunque restringere il mercato.	A- alto
4. Definizione dei criteri di attribuzione del punteggio	Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitore o comunque restringere il mercato.	A- alto
5. Definizione dei criteri di partecipazione e dei requisiti di accesso alla gara	Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti;	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Predisposizione atti di gara

eventi rischiosi

Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione, definizione di requisiti tecnici ed economici, di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi atti a disincentivare la partecipazione, agevolare determinati concorrenti, avvantaggiare il fornitore uscente. Cause di incompatibilità del Gruppo di Lavoro in relazione allo specifico oggetto di gara; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara.

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Determinazione dell'importo del contratto

Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere.

M- medio

2. Predisposizione bando di gara

Non rilevabile.

M- medio

3. Predisposizione di capitolato di gara	Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti; Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti Cause di incompatibilità del Gruppo di Lavoro in relazione allo specifico oggetto di gara; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara;Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.	A- alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Programma biennale Acquisti

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.1.1 Programmazione

eventi rischiosi

Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità quali:
-reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto;
-mancata risposta alla richiesta di fabbisogno con mancata previsione nella programmazione.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa chiarezza della normativa di riferimento; scarsa responsabilizzazione interna

M- medio

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

M-medio

1. Nomina del responsabile del procedimento di gara	Eventuale incompatibilità con operatore economico	B - basso
2. Analisi e verifica esigenze delle diverse articolazioni aziendali	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità; definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito; mancato inserimento di acquisti in programmazione	M- medio
3. Redazione del programma	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie	M- medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Selezione del Contraente

eventi rischiosi

Mancata/inadeguata vigilanza sulle sedute di gara della commissione
Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate.
Incompatibilità commissari.
Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione del soccorso istruttorio). Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.
Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara, ritardo pubblicità del bando; ritardo di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.1.3 Esecuzione gara

Fattori
abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

A- alto

motivazione
autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari

Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara, ritardo pubblicità del bando;
ritardo di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante.

B - basso

2. Verifica dei requisiti di partecipazione

Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione del soccorso istruttorio). Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.

A- alto

3. Nomina della Commissione	Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate. Incompatibilità commissari.	A- alto
4. Gestione delle sedute di gara	Mancata/inadeguata vigilanza sulle sedute di gara della commissione	M- medio
5. Trattamento e custodia della	Fattore di rischio impossibile in quanto la procedura è telematica.	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.4 Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto

Stipula del contratto

eventi rischiosi

Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti
Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria
Immotivato ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.
Ricevimento informazioni antimafia interdittive.
Nomina dei DEC individuati dai Direttori Gestori del contratto, ma in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

La stipula del contratto avviene dopo le precedenti fasi e gli elementi tecnici essenziali del contratto sono già stati individuati; Il capitolato speciale allegato al contratto è già stato accettato in sede di partecipazione dall'aggiudicatario.

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Individuazione degli elementi tecnici essenziali del contratto	Non rilevabile.	B - basso

2. Verifica dei requisiti ai fini della Stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria Immotivato ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto. Ricevimento informazioni antimafia interdittive.	A- alto
3. Nomina del DEC	Nomina dei DEC individuati dai Direttori Gestori del contratto, ma in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza.	M- medio

SAO

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Rimborso ticket Pronto Soccorso mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.3.3 ENTRATE/USCITE TICKET SSN

eventi rischiosi

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

A- alto

scarsa responsabilizzazione interna

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Acquisizione richieste	Non rilevabile.	B - basso
2. Istruttoria	Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione	A- alto
3. Convalida istanze	Non rilevabile.	B - basso
4. Invio in contabilità	Non rilevabile.	B - basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.4 accordi con ENTI PUBBLICI e PRIVATI

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Rilevazione di un fabbisogno non coerente con la reale necessità.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

carezza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Rilevazione fabbisogno interno di prestazioni sanitarie e/o servizi sanitari e	Rilevazione di un fabbisogno non coerente con la reale necessità.	B- basso
2. Proposta convenzione in accordo con gli altri contraenti	Non rilevabile.	B- basso
3. Approvazione convenzione	Non rilevabile.	B- basso
4. Gestione economica dell'attività oggetto della convenzione	Non rilevabile.	B- basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.2 TERZO SETTORE

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Erronea definizione del fabbisogno

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

		B- basso
1. Definizione della convenzione per servizi accessori	Erronea definizione del fabbisogno.	M- medio

2. Liquidazione note di addebito

Non rilevabile.

B- basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.2 TERZO SETTORE

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-accreditati

eventi rischiosi

Non rilevabile per accreditamento regionale sulla necessità di fabbisogno aziendale. Non rilevabile in quanto la convenzione contiene modello di riclassificazione del bilancio e analisi costi.

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Definizione fabbisogno

Non rilevabile per accreditamento regionale sulla necessità di fabbisogno aziendale.

B- basso

2. Proposta di convenzione

Non rilevabile.

B- basso

3. Definizione budget delle singole ODV

Non rilevabile in quanto la convenzione contiene modello di riclassificazione del bilancio e analisi costi.

M- medio

4. Pagamento rimborsi, note di addebito e verifica congruagli

Non rilevabile.

B- basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

2.2.2 TERZO SETTORE

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-non accreditati

eventi rischiosi

Verifica della impossibilità di aumentare l'attività da parte dei soggetti accreditati. Verifica della presenza di associazione di volontariato che possono essere in grado di effettuare l'attività richiesta.

Fattori
abilitanti

Autovalutazione
e Processo

B- basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Proposta verifica fabbisogno ed indisponibilità da parte di soggetti	Non rilevabile.	B- basso
2. Definizione di manifestazione di interesse riservato a ETS	Non rilevabile.	B- basso
3. Definizione modalità di rimborso	Non rilevabile.	B- basso
4. Pagamento rimborsi, note di addebito e verifica conguagli	Non rilevabile.	

SIMT

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.4 FONDI FINALIZZATI

Gestione del Finanziamento al Sistema Trasfusionale (ex Legge 219/2005)

eventi rischiosi

Uso distorto della discrezionalità;
elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controlli;
pilotamento di attività al fine concedere privilegi o favori.
Acquisto di un bene/servizio per favorire un determinato operatore economico. Obiettivo con scadenza dilazionata nel tempo e difficoltà a rendicontarlo annualmente.
Rendicontazione errata.

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Programmazione realizzazione dell'obiettivo	Acquisto di un bene/servizio per favorire un determinato operatore economico.	M- medio
2. Realizzazione dell'obiettivo	Spesso l'obiettivo ha scadenza dilazionata nel tempo e la difficoltà è rendicontarlo annualmente	B- basso

3. Rendicontazione al CRS	Rendicontazione errata	B- basso
4. Pagamento dei costi		B- basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Mancata/inadeguata verifica.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Verifica della fattura ricevuta	Mancata/inadeguata verifica.	A- alto
2. Pagamento della fattura		A- alto

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore (convenzione AVIS-FIDAS)

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Erronea definizione del fabbisogno, omessa verifica dei requisiti, errata definizione di rimborso, conflitto di interessi, utilizzo distorto e inappropriato degli strumenti individuati dal Codice del Terzo Settore, mancata/inadeguata verifica.

Fattori abilitanti

carenza di competenze professionali specifiche; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

A-alto

1. Stesura della proposta di convenzione	Non rilevabile in quanto la proposta viene realizzata dalle indicazioni Regionali	B- basso

2. Verifica della fattura ricevuta	Mancata/inadeguata verifica.	B- basso
3. Liquidazione fattura	Non rilevabile.	B- basso

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Vendita di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

eventi rischiosi

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

Non rilevabile.

1. Proposta di convenzione su schema tipo	Non rilevabile.	B- basso
2. Emissione fattura	Non rilevabile.	B- basso

SOCS

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Dirigenza-strutture e incarichi gestionali

eventi rischiosi

ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Istituzione e valorizzazione incarichi gestionali (dirigenziali)	ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE	M- medio
2. Valorizzazione incarichi professionali (dirigenziali)	ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE	M- medio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Incarichi di funzione

eventi rischiosi

ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazion e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Attivazione e valorizzazione Incarichi di funzione.

ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE

M- medio

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

1.8.1 Budget e Performance

Processo di budget e valutazione della Performance

eventi rischiosi

non rilevabili

Fattori abilitanti

Autovalutazion e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Predisposizione Piano della Performance triennale	non rilevabili	B- basso

2. Stesura delle Linee guida al budget	non rilevabili	B- basso
3. Predisposizione Schede di Budget	non rilevabili	B- basso
4. Incontri di Negoziazione	non rilevabili	B- basso
5. Monitoraggio Risultati	non rievabili	B- basso
6. Individuazione report a supporto delle negoziazioni e delle verifiche	non rilevabili	B- basso

SUMAEP

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento economico - Cedolino stipendiale

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Non rilevabile.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Elaborazione del cedolino stipendiale	Non rilevabile.	B- basso
2. Invio flusso al tesoriere per il pagamento degli stipendi	Non rilevabile.	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

**Trattamento economico -
Inserimento di conferimento
d'incarichi***eventi rischiosi*

Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

*Fattori
abilitanti*

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

B- basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Recepimento atto di conferimento di
incarico

Non rilevabile.

B- basso

2. Attribuzione economica dell'incarico

Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

**Trattamento economico -
Inserimento nuovi assunti***eventi rischiosi*

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.
Mancato riconoscimento dell'anzianità.

*Fattori
abilitanti*

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

B- basso

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Recepimento del contratto di assunzione
e documentazione necessaria al corretto

Non rilevabile.

B- basso

2. Verifica dello stato di servizio di altro ente

Mancato riconoscimento dell'anzianità.

B- basso

3. Attribuzione dell'inquadramento economico

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento economico -
progressione orizzontale/verticale

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Fattori
abilitanti

Autovalutazion
e Processo

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

motivazione
autovalutazione

Classificazione del rischio

B- basso

1. Recepimento graduatoria per PEO e progressioni verticali

Non rilevabile.

B- basso

2. Attribuzione inquadramento economico e fascia

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento economico del
personale titolare di Borsa di studio

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Fattori
abilitanti

Autovalutazion
e Processo

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

B- basso

motivazione
autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Recepuimento atto di conferimento borsa di studio

Non rilevabile.

B- basso

2. Attribuzione inquadramento economico

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento economico del personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Ccontinuativa

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazion e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Recepimento atto di conferimento incarico individuale in regime di

Non rilevabile.

B- basso

2. Attribuzione inquadramento economico

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento voci accessorie - Compensi commissioni concorso

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazion e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Recepimento determina

Non rilevabile.

B- basso

2. Verifica della documentazione e liquidazione compensi

Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento voci accessorie - Compensi da LP

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Recepimento flusso da LP in formato csv

Non rilevabile.

B- basso

2. Inserimento flusso su cedolino

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento voci accessorie - Gestione del sistema incentivante

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici improp.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

B- basso

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

B-basso

1. Recepimento dell'accordo sindacale

Non rilevabile.

B- basso

2. Aggiornamento e/o inserimento tabelle relative agli incentivi	Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri.	B- basso
3. Inserimento tramite flusso dati a gestionale per l'elaborazione sul cedolino	Non rilevabile.	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento voci accessorie - Rimborsi Missioni

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri. Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti. Illegittimo controllo della sussistenza dei requisiti necessari per il rimborso- Illegittima erogazione del rimborso

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Recepimento autorizzazioni delle missioni	non rilevabile	M- medio
2. Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti. Illegittimo controllo della sussistenza dei requisiti necessari per il rimborso - Illegittima erogazione del rimborso	M- medio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.2 Gestione del Personale

Trattamento voci accessorie - Trattamento economico legato alle presenze in servizio

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri, omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Recepimento flusso da RP	Non rilevabile.	
2. Inserimento flusso RP su cedolino	Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri, omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti.	B- basso

SUMAG

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Affidamento incarichi di sostituzione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

1.2.3 Sviluppo di carriera

eventi rischiosi

Verifica non adeguata.

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

scarsa responsabilizzazione interna

M- medio

motivazione autovalutazione

Classificazione del rischio

1. Rilevazione della necessità di coprire il posto	Non rilevabile.	B- basso
2. Espletamento delle verifiche secondo i criteri definiti dal CCNL	Verifica non adeguata.	M- medio
3. Comunicazione alla direzione dell'esito della procedura	Non rilevabile.	B- basso
4. Informativa al dipendente	Non rilevabile.	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Comandi, distacchi, collaborazioni, avvalimento (in entrata)

eventi rischiosi

Discrezionalità nell'individuazione del professionista

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Individuazione del professionista

Discrezionalità nell'individuazione del professionista

A- alto

2. Consenso del professionista all'assegnazione temporanea

Non rilevabile.

B- basso

3. Richiesta all'amministrazione di provenienza di attivazione del comando

Non rilevabile.

B- basso

4. Individuazione e decorrenza dell'assegnazione temporanea del

Non rilevabile.

B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Conferimenti incarichi ex art. 15-septies

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Non rilevabile.	B- basso
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti"	B- basso
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Non rilevabile.	B- basso
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	M- medio
05. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
06. Individuazione delle prove	Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato.	M- medio
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio.	B- basso
08. Svolgimento della prova	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione	M- medio
09. Conferimento dell'incarico	Non rilevabile.	B- basso
10. Assunzione a Tempo Determinato con contestuale affidamento incarico		A- alto

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.3 Sviluppo di carriera

Conferimento di incarico di struttura complessa del ruolo sanitario

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione.

Fattori
abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazione
e Processo

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

		A- alto
01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Non rilevabile.	M- medio
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti"	B- basso
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando), previa	Non rilevabile.	B- basso
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	B- basso
05. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
06. Individuazione della prova	Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato.	M- medio
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio.	B- basso
08. Svolgimento della prova	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione.	M- medio

09. Individuazione da parte del Direttore Generale del candidato più idoneo	Non rilevabile.	M- medio
10. Assunzione a Tempo Indeterminato con contestuale affidamento incarico	Non rilevabile.	A- alto

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Mobilità diretta in entrata tra P.A.

eventi rischiosi

Definizione dei requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di eperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazion e Processo

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

		A- alto
01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Non rilevabile.	B- basso
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione dei requisiti di partecipazione "personalizzanti"	B- basso
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Non rilevabile.	B- basso
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	M- medio

05. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
06. Valutazione dei requisiti del curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio.	B- basso
07. Svolgimento del colloquio	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica.	M- medio
08. Valutazione del colloquio	Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti.	B- basso
09. Formazione dell'elenco degli idonei alla mobilità	Non rilevabile.	B- basso
10. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.	M- medio
11. Assunzione mediante passaggio diretto tra Pubbliche Amministrazioni	Non rilevabile.	A- alto

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Procedura comparativa per il conferimento di contratto di lavoro autonomo, di collaborazione e di borsa di studio

eventi rischiosi

Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto
Inosservanza dell'imparzialità della selezione. Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M- medio

1. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti".	M- medio

2. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Non rilevabile.	B- basso
3. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	M- medio
4. Nomina della Commissione di valutazione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	M- medio
5. Valutazione comparata dei curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio	M- medio
6. Individuazione il/i candidato/i più idoneo/ii	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione.	M- medio
7. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.	M- medio
8. Conferimento incarico	Non rilevabile.	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.3 Sviluppo di carriera

Procedura selettiva per il conferimento di incarico dirigenziale, (Professional, Alta Specializzazione, SSD, UOS) incarichi di funzione e incarichi di coordinamento

eventi rischiosi

Previsione di requisiti di accesso personalizzanti - violazione delle norme in materia di avanzamenti - predisposizione di bando con requisiti mirati a favorire un partecipante. Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti - valutazioni non corrette/inique dei requisiti di ammissione. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità della selezione, predeterminazione dei criteri di valutazione. Esercizio abusivo/fraudolento di un potere discrezionale - alterazione della graduatoria.

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; inadeguata diffusione cultura della legalità

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Definizione dell'eventuale bando	Previsione di requisiti di accesso personalizzanti - violazione delle norme in materia di avanzamenti - predisposizione di bando con requisiti mirati a favorire un partecipante	M- medio
2. Valutazione dei requisiti di ammissione	Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti - valutazioni non corrette/inique dei requisiti di ammissione	M- medio
3. Nomina della commissione	Il CCNL individua esattamente il valutatore.	M- medio
4. Individuazione dei criteri di valutazione	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	M- medio

5. Valutazione dei candidati	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità della selezione, predeterminazione dei criteri di valutazione	B- basso
6. Individuazione del professionista a cui conferire l'incarico	Esercizio abusivo/fraudolento di un potere discrezionale - alterazione della graduazione di scelta	B- basso
7. Conferimento dell'incarico	Non rilevabile	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Procedura selettiva per la costituzione di rapporti di lavoro subordinato di dipendenza

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Fattori abilitanti

assenza di trasparenza; inadeguata diffusione cultura della legalità; mancata distinzione politica/amministrazione; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Non rilevabile.	B- basso
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di	Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti"	B- basso
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Non rilevabile.	B- basso

04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	M- medio
05. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
06. Individuazione delle prove	Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato.	M- medio
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio.	B- basso
08. Svolgimento delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica.	M- medio
09. Valutazione delle prove	Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti.	B- basso
10. Formazione della graduatoria	Non rilevabile.	B- basso
11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Non appropriata verifica dei requisiti di accesso	B- basso
12. Assunzione	Non rilevabile.	A- alto

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.3 Sviluppo di carriera

Progressioni orizzontali e verticali del personale dipendente

eventi rischiosi

Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

01. Analisi del fabbisogno	Non rilevabile.	B- basso
02. Individuazione dei profili professionali per il passaggio	Non rilevabile.	B- basso
03. Attivazione procedura/predisposizione bando (pubblicazione del bando)	Non rilevabile.	B- basso
04. Valutazione dei requisiti di ammissione	Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.	M- medio
05. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
06. Individuazione delle prove	Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato.	M- medio
07. Valutazione dei requisiti del curricula	Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio.	B- basso

08. Svolgimento delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto Inosservanza dell'imparzialità della selezione.	M- medio
09. Valutazione delle prove	Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti.	B- basso
10. Formazione della graduatoria	Non rilevabile.	B- basso
11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Non appropriata verifica dei requisiti di accesso	B- basso
12. Nuovo inquadramento per effetto dell'esito della selezione interna	Errato inquadramento	B- basso

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

1.2.1 Reclutamento del Personale

Selezione dal Centro per l'Impiego

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto ed indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Fattori abilitanti

inadeguata diffusione cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

01. Analisi e definizione dei fabbisogni	Non rilevabile.	B- basso
02. Definizione del profilo ricercato (definizione del bando e dei requisiti di)	Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti".	B- basso
03. Attivazione procedura e predisposizione bando (pubblicazione del bando da parte	Non rilevabile.	B- basso

04. Valutazione dei requisiti di ammissione		M- medio
05. Acquisizione elenco ammessi alla procedura gestita da I Centro per l'impiego	Non rilevabile.	B- basso
06. Nomina Commissione	Irregolare individuazione dei componenti della commissione.	B- basso
07. Individuazione della prova	Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato.	M- medio
08. Svolgimento delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto ed indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e/o pratica.	M- medio
09. Valutazione delle prove	Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti.	B- basso
10. Formazione elenco degli idonei	Non rilevabile.	B- basso
11. Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.	B- basso
12. Assunzione	Non rilevabile.	A- alto



1. Disponibilit� di elenco dei professionisti interessati	Non rilevabile.	B- basso
2. Valutazione del candidato	Scorretta autovalutazione/valutazione	M- medio
3. Variazione economica > 15 anni	Non rilevabile.	B- basso
4. Conferimento incarico e variazione economica >5 anni	Non rilevabile.	B- basso

SUMCF

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
1.3.1 Contabilit 

Gestione delle entrate

eventi rischiosi

Non rilevabile per il SUMCF, ma eventuale per i gestori

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Gestione Anagrafiche clienti	Non individuabile.	B- basso
2. Fatturazione attiva	Non rilevabile per questo servizio poich� la richiesta di fatturazione proviene dal gestore esterno al SUMCF. Omissione di emissione di fattura da parte del gestore.	B - basso
3. Controlli esiti delle fatture elettroniche emesse	Non rilevabile.	B - basso
4. Archiviazione documenti attivi in conservazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Importazione documenti attivi da procedure esterne	Non rilevabile.	B - basso

6. Incassi	Non rilevabile poiché l'attività consiste nell'associare il flusso di incasso elettronico proveniente dall'istituto tesoriere al credito presente in contabilità.	B - basso
7. Attività Recupero Crediti	Non rilevabile per il SUMCF che svolge attività di coordinamento e supporto sui dati contabili, ma il Gestore può recuperare parzialmente o stralciare un credito per favorire un determinato cliente.	B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
1.3.1 Contabilità

Gestione delle uscite

eventi rischiosi

Mancata o scorretta verifica.

Fattori abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

01. Ricezione della fattura	Non rilevabile.	B- basso
02. Registrazione fatture	Alterazione data scadenza. Creazione documento fittizio Corse preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari. Emissione di ordinativi di pagamento non dovuti	B - basso
03. Gestione Anagrafiche fornitori	Non rilevabile.	B - basso
04. Verifiche Durc	Mancata o scorretta verifica.	B - basso
05. Verifica Agenzia delle Entrate - Riscossione	Mancata o scorretta verifica.	B - basso
06. Pagamento della fattura	Non rilevabile.	B - basso
07. Gestione delle cessione dei crediti certificati ad intermediario finanziario	Non rilevabile.	B - basso

08. Comunicazione dei debiti scaduti da parte del SUMCF ai servizi gestori	Non rilevabile.	B - basso
09. Certificazione dei crediti su istanza del creditore	Non rilevabile.	M- medio
10. Archiviazione documenti passivi in conservazione	Non rilevabile.	B - basso

SUME

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Esecuzione del contratto - Acquisti mediante emissione ordini su contratto

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Mancata o insufficiente effettuazione delle verifiche; conflitto di interesse del DEC; alterazione o emissione di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati; rilascio di certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

1.1.5 Esecuzione e rendicontazione del contratto

Classificazione del rischio

M-medio

1. ricevimento e smistamento delle determine stipulate dal Servizio Acquisti	Non rilevabile.	B - basso
2. emissione di ordinativi di acquisto	Non rilevabile.	B - basso
3. svolgimento delle funzioni del Direttore esecuzione contratto (DEC) relativamente	Non rilevabile.	B - basso
4. ricezione del bene.	Errata dichiarazione di conformità di un bene ricevuto	M- medio
5. ricezione del servizio.	Errata dichiarazione di conformità di un servizio ricevuto	M- medio
6. liquidazione della fattura in DigitGo.	Non rilevabile.	B - basso

Pagina 137 di 148

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

eventi rischiosi

Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Ricevimento delle richieste di beni e/o servizi da parte delle UO utilizzatrici ed	Richiesta di bene o servizio non utile, ma solo al fine di venderlo	B - basso
2. verifica quali-quantitativa del fabbisogno per la determinazione dell'importo annuo	Inadeguata verifica quali-quantitativa del fabbisogno - mancata verifica della presenza di contratto attivo	B - basso
3. acquisizione di beni e servizi per importi inferiori a 5.000 euro.	Agevolare acquisto su determinato fornitore	A- alto
4. acquisizione di beni e/o servizi per importi ricompresi tra 5.000 euro e 40.000 euro	Agevolare acquisto su determinato fornitore	A- alto
5. emissione dell'ordinativo.	Non rilevabile.	B - basso
6. ricezione del bene	Errata dichiarazione di conformità di un bene ricevuto	M- medio
7. ricezione del servizio.	Errata dichiarazione di conformità di un servizio ricevuto	M- medio
8. liquidazione delle fatture in Digitgo.	Non rilevabile.	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.1 Programmazione

Programma biennale Acquisti

eventi rischiosi

Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità quali:

- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto,
- reiterazione di specifici interventi che non approdano -all'avvio di procedura di gara
- mancata risposta alla richiesta di fabbisogno con mancata previsione nella programmazione

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

B - basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Analisi dei contratti in scadenza e
definizione dei fabbisogni

Non rilevabile.

B - basso

2. Predisposizione e trasmissione dei
fabbisogni

Non rilevabile.

B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Cessione dei beni dismessi ad enti senza scopo di lucro

eventi rischiosi

Scelta arbitraria di uno specifico ente

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Pubblicazione dei beni disponibili
nell'area dedicata del sito web aziendale

Non rilevabile.

B - basso

2. Ricevimento delle richieste di beni	Non rilevabile.	B - basso
3. Cessione dei beni	Non rilevabile.	B - basso
4. Consegna e ritiro dei beni	Non rilevabile.	B - basso
5. Atto di messa in fuori uso e cessione gratuita	Non rilevabile.	B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.1 Contabilità

Gestione Cassa Economale

eventi rischiosi

Riconoscimento rimborso di spese personali - rimborso di spese non inerenti all'Azienda

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività; scarsa responsabilizzazione interna

*Autovalutazione
e Processo*

M- medio

*motivazione
autovalutazione*

*Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

M-medio

1. ricevimento delle richieste di pagamento tramite cassa economale	Non rilevabile.	B - basso
2. Pagamento e registrazione delle spese effettuate con cassa economale	Scorretta verifica della richiesta di pagamento	M- medio
3. Rendicontazione al SUMCF	Non rilevabile.	B - basso
4. Riscossioni entrate	Non rilevabile.	B - basso
5. Controllo degli incassi della giornata e deposito delle somme riscosse	Errore contabile, chiusura errata della cassa giornaliera	B - basso
6. Rendicontazione al SUMCF	Non rilevabile.	B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Gestione delle dismissioni di beni in inventario*eventi rischiosi*

Stralcio dall'inventario di beni da non dismettere

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

*Autovalutazione
e Processo*

B - basso

*motivazione
autovalutazione**Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. Verbale di ricognizione sullo stato d'uso dei beni inventariati

Non rilevabile.

B - basso

2. Conferma ciclo fuori uso

Non rilevabile.

B - basso

3. Generazione dell'ordine di contabilizzazione

Non rilevabile.

B - basso

4. Produzione dell'atto relativo ai fuori uso sul documentale aziendale Babel

Non rilevabile.

B - basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1.3.2 Patrimonio

Gestione dell'inventario dei beni immobili e mobili ad utilità pluriennale, materiali ed immateriali*eventi rischiosi*

Inserimento di valori d'inventario non corrispondenti alla documentazione contabile di riferimento

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

*Autovalutazione
e Processo*

B - basso

*motivazione
autovalutazione**Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)*

Classificazione del rischio

B-basso

1. Acquisizione del bene dall'ambiente di precarica del gestionale cespiti

Non rilevabile.

B - basso

2. Invio della scheda cespiti e dell'etichetta adesiva col numero	Non rilevabile.	B - basso
3. Caricamento del bene nel gestionale	Non rilevabile.	B - basso
4. Creazione dell'ordine di contabilizzazione	Non rilevabile.	B - basso
5. Aggiornamento della piattaforma on-line Cespiti Web	Non rilevabile.	B - basso

TIC

Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersicurezza)

eventi rischiosi
Ritardo od omissione fraudolenta di risoluzione del guasto o di risoluzione di evento di Cybersecurity

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

carenza di competenze professionali specifiche

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Validazione (in particolare discrimine fra guasto ed evento di Cybersicurezza)	B- basso
2. Presa in carico	
3. Effettuazione dell'intervento volto a ripristinare la continuità di servizio	B- basso

Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati

eventi rischiosi

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 vantaggio;

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

B- basso

motivazione
autovalutazione

Manca di proceduralizzazione delle attività legate al processo; Difficoltà di delimitazione del campo di azione e di monitoraggio delle attività degli amministratori di sistema.

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Validazione in fase di acquisizione

B- basso

2. Presa in carico e gestione

B- basso

3. Dismissione sicura degli asset al termine
del ciclo di vita

B- basso

Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati

eventi rischiosi

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

Fattori
abilitanti

scarsa responsabilizzazione interna

Autovalutazione
e Processo

B- basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Validazione

B- basso

2. Presa in carico

B- basso

Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza

eventi rischiosi

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

Fattori abilitanti

Autovalutazione e Processo

carenza di competenze professionali specifiche

B- basso

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

1. Analisi dei rischi	B- basso
2. Implementazione delle misure di protezione	B- basso
3. Implementazione dei sistemi di monitoraggio	B- basso
4. Implementazione delle misure di contenimento e ripristino e gestione delle	B- basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.1 Programmazione

Analisi e definizione del fabbisogno

eventi rischiosi

Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali: Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione; definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

M- medio

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

M-medio

1. Ricognizione stato d'uso
apparecchiature informatiche

Definizione di un fabbisogno non rispondente all'effettivo stato delle
apparecchiature informatiche.

M- medio

2. Stesura programma annuale priorità
investimenti/rinnovi tecnologici

Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza, efficacia,
economicità.

B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Definizione dei criteri di gara

eventi rischiosi

Scelta dei criteri di gara mirata al fine
di favorire un determinato operatore
economico.

Fattori
abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione
e Processo

B - basso

motivazione
autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Definizione dei requisiti di accesso alla
gara

Scelta dei criteri di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore
economico.

B - basso

2. Definizione dei criteri di partecipazione e prescrizioni del bando	Scelta dei criteri di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore economico. Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti	B - basso
3. Definizione dei criteri di valutazione e attribuzione punteggi	Scelta dei criteri di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore economico. Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti	B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Esecuzione del contratto

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

eventi rischiosi

Alterazioni o omissioni di controlli al fine di perseguire interessi privati. Rilascio di certificati di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici. Mancata denuncia di difformità e vizi. Abusivo ricorso dell'ampiamento del 20 % per favorire il fornitore.

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

M- medio

motivazione autovalutazione

1.1.5 Esecuzione e rendicontazione del contratto

Classificazione del rischio

M-medio

1. Acquisti mediante emissione ordini su contratto	Non rilevabile.	B - basso
2. Gestione e manutenzione attrezzature informatiche	Alterazioni o omissioni di controlli al fine di perseguire interessi privati. Rilascio di certificati di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici. Mancata denuncia di difformità e vizi.	M- medio
3. Monitoraggio, verifica e misurazioni	Alterazioni o omissioni di controlli al fine di perseguire interessi privati. Rilascio di certificati di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici. Mancata denuncia di difformità e vizi.	M- medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Predisposizione atti di gara

eventi rischiosi

Stesura di atti di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore.

*Fattori
abilitanti*

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

*Autovalutazione
e Processo*

*motivazione
autovalutazione*

Valutazione RPCT (in caso di
modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

B-basso

1. Determinazione dell'importo del contratto

Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici; abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere

B - basso

2. Predisposizione capitolato

Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara; Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.

B - basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

1.1.2 Progettazione

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

eventi rischiosi

Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare

Fattori abilitanti

esercizio prolungato ed esclusivo dell'attività

Autovalutazione e Processo

A- alto

motivazione autovalutazione

Valutazione RPCT (in caso di modifica autovalutazione)

Classificazione del rischio

A-alto

1. Predisposizione RDO

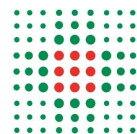
Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara; Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.

A- alto

2. Acquisti mediante emissione di ordini in economia

Non rilevabile.

B - basso



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 5
Registro Rischi - Trattamento del rischio corruttivo

Registro Rischi: Trattamento del rischio corruttivo

AGL

1. GENERALI

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Gestione diretta dei sinistri

eventi rischiosi

Uso distorto della discrezionalità pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o favori conflitti di interesse - Produzione di una relazione specialistica parziale - Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali) - Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali - Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali) - Uso distorto della discrezionalità - Eccessiva limitazione del numero dei componenti - Fase decisoria in capo a chi esprime parere legale/medico legale - Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS - Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS

Classificazione del rischio

B-basso

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche ATTUATE

Gestione conflitti d'interesse; regolamento aziendale; Procedure informatizzate; definizione dei criteri di assegnazione (rotazione, opportunità, specializzazione rispetto a casistiche.); doppi controlli (il parere medico legale rilasciato dal professionista è sottoposto alla verifica di un altro collega di equipe); formazione

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato aziendale e sistema informatizzato regionale. P71AUSLBO "Gestione diretta dei sinistri"

1. GENERALI

AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI

Classificazione del rischio

B-basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

eventi rischiosi

favorire trattazione esterna - inserire requisiti o criteri specifici per favorire ovvero orientare la partecipazione di determinati legali - favorire uno o più specifici legali esterni

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale; evidenza delle motivazioni di individuazione del legale interno

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P48AUSLBO "Affidamento incarichi difensivi"

1. GENERALI

Recupero crediti in sede giudiziale/settore legale

Classificazione del rischio

B-basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

eventi rischiosi

rinuncia agli atti del giudizio (Decreto Ingiuntivo e/o ottemperanza e/o citazione) a fronte di proventi o altri vantaggi. Valutazione scorretta al fine di favorire il debitore. Rinuncia ad attivare procedure a garanzia del credito (es. ipoteca immobile)

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P158AUSLBO "GESTIONE RECUPERO CREDITI CLIENTI CODIFICATI"

CGRPA

2. SPECIFICHE

Liquidazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato accreditato

Classificazione del rischio

A-alto

2. SPECIFICHE

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture private accreditate della regione Emilia-Romagna

Classificazione del rischio

A-alto

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Invio di dati errati, incompleti o mancanti; Emissione ordine superiore ad ordini contrattuali. Mancanza o scorrettezza di controlli. Mancata o scorretta contestazione delle difformità riscontrate. Mancata o scorretta verifica dell'emissione del documento contabile. Autorizzazione alla liquidazione di importi non dovuti. Mancata o errata rendicontazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata;
Regolamento aziendale

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GAAC - ARA - Procedura specifiche fornite da DELTA (attività di degenza, specialistica e termale) - Flussi informativi RER (SDO, SDRES, ASA, Hospice, File E Termale, FCDC) - P142-P162-P66-P158-P039-P098-P166-P161

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura. Verbalizzazione di situazione non corrispondente alla realtà; Riscontri pilotati all'OPA. Riesame pilotato non rispondente alla realtà effettiva; mancato rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente. Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale. Mancata o errata rendicontazione. Invio di dati errati, incompleti o mancanti

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Supervisione; procedure aziendali.

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema QUANI - Flussi RER SDO - P166AUSLBO - P142AUSLBO - Det. 3359/2018 "Rotazione e misure alternative"

2. SPECIFICHE

Controllo appropriatezza ricoveri presso strutture pubbliche (IRCSS-AOUBO E IOR)

Classificazione del rischio

M-medio

2. SPECIFICHE

Committenza sul privato accreditato per attività di specialistica ambulatoriale, degenza, hospice

Classificazione del rischio

A-alto

DAATO

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Scelta del campione mirata a favorire una determinata struttura. Incompleta o errata predisposizione di prospetto riepilogativo finale. Mancata o errata rendicontazione. Invio di dati errati, incompleti o mancanti

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche ATTUATE

Supervisione; procedure aziendali.

Evidenze documentali

Sistema QUANI - Flussi RER SDO - Percorso controlli sanitari dell'AUSLBO sulle prestazioni di ricovero della AOSP e percorso controlli sanitari dell'AUSLBO sulle prestazioni di ricovero dello IOR - Det. 3359/2018 "Rotazione e misure alternative"

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; regolamentazione

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Difficoltà nella redazione dei contratti rispetto la normativa di settore; ritardata o mancata programmazione da parte delle UO aziendali interessate; ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; ricorso alle procedure d'urgenza; Definizione di un fabbisogno e una programmazione non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali l'eccessivo ricorso alla Produzione extrabudget; Acquisto di prestazioni non coerenti con i fabbisogni della popolazione; Eccessivo ricorso al Piano di Produzione Straordinaria; Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione (Piano di Produzione); Assegnazione discrezionale di budget a soggetti privati accreditati, non coerente con l'esito dell'analisi del rapporto tra fabbisogno e capacità produttive dell'Azienda e dei diversi soggetti privati accreditati.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamento Aziendale; supervisione e controlli

Evidenze documentali

P161AUSLBO P167AUSLBO P66AUSLBO P166AUSLBO P142AUSLBO P162AUSLBO

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

Rimborso ticket mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

Classificazione del rischio

A-alto

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti operativi; procedure informatizzate

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Ises BackOffice - Adiuvat - GAAC

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

Accertamento sanzionatorio mancata/tardiva disdetta prenotazioni specialistica ambulatoriale (MALUS)

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Verifiche scorrette o incomplete. Favorire un determinato utente

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti operativi; procedure informatizzate.

Evidenze documentali

Deli n. 301/2021; Deli n. 291/2021; Procedure Informatizzate: Babel - Ises - BackOffice - Ara - SPID

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

Controlli sulle autocertificazioni compartecipazione spesa sanitaria (ticket)

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Verifiche scorrette o incomplete. Favorire o sfavorire un determinato utente

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti operativi; procedure informatizzate.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

In corso adozione procedura "Controllo autocertificazioni circolare 6/2012" (Misura 2021); Procedure Informatizzate: Babel - Ises - BackOffice - Ara - SPID - SAP - Sogei

DASS

1. GENERALI

Inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Mancato rispetto regole previste per gli inserimenti in graduatoria; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente; Inserimenti inappropriati in graduatoria; Inserimento di classificazione errata o distorta dell'utente; Elusione della graduatoria; Pilotamento della scelta al fine di concedere privilegi o favori. Abusivo ricorso all' "emergenza sociale"

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale; monitoraggio verifiche programmate.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sist. inform. GARSIA - Contratto di servizio (tra AUSLBO, gestore struttura ed ente locale) - Deli 173/2017 e Pico 143359/2018 'aggiorn. criteri di gestione delle graduatorie uniche distrettuali nelle CRA'

1. GENERALI

Inserimento in servizi residenziali/semiresidenziali persone con disabilità non autosufficienti

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

mancato rispetto regole previste per gli inserimenti in graduatoria; Errata valutazione tesa a favorire/sfavorire un determinato utente; Pilotamento della scelta al fine di concedere privilegi.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamento aziendale; monitoraggio verifiche programmate.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Dgr 840/2008 Inserimento in strutture per gravissime disabilità acquisite - Sist. Inform. GARSIA -

DATER

2. SPECIFICHE

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

Classificazione del rischio

A-alto

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

eventi rischiosi

Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili;

segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche ATTUATE

Misure organizzative: Front-Office di Camera Mortuaria, registro di CM; Registro Vestizioni; Regolamento Aziendale;

controllo; regolamentazione; regolazione rapporti con soggetti portatori di interessi particolari

Evidenze documentali

IO 83 AUSL BO Gestione della persona deceduta IO18POUA - IO030CDR5601 - IO029CDR5601 "Comportamento delle IF all'interno delle camere mortuarie" - Registrazione accessi camera mortuaria e agenda appuntamenti esequie e vestizione

2. SPECIFICHE

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Classificazione del rischio

M-medio

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; colloquio tenuto in sede inopportuna; mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema Informatizzato per accesso Informatori Scientifici; Regolamento Aziendale Accesso Informatori

controllo; regolamentazione; sensibilizzazione/partecipazione

Evidenze documentali

Delibera n. 222/17 "Linee guida per l'accesso da parte dei professionisti che svolgono attività di informazione tecnico scientifica di farmaci, dispositivi, prodotti dietetici e prodotti per lattanti"

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitori di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

Classificazione del rischio

M-medio

3.2 extra LEA

eventi rischiosi

Fornire indicazione/suggerimento ai pazienti e ai parenti su una specifica impresa o attività commerciale

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

controllo; regolamentazione; regolazione rapporti con soggetti portatori di interessi particolari;

Evidenze documentali

Determina RPCT 1602/2019 "gestione dei rapporti con ditte/enti/associazioni/imprese private fornitrici di servizi, prestazioni, assistenza aggiuntiva non sanitaria e presidi non a carico del SSN"

DCP

1. GENERALI

Gestione delle richieste di mantenimento del Pediatra di Libera scelta oltre il 14° anno di età dell'assistito.

Classificazione del rischio

B-basso

1.7 Provv.ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO

eventi rischiosi

Mancata verifica dei requisiti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

disposizioni aziendali

regolamentazione

Evidenze documentali

Nota PG 67970/2014 "Mantenimento pazienti oltre il 14° anno di età"

1. GENERALI

Assegno di cura oncologici

Classificazione del rischio

B-basso

1.6 Provvedimenti ampliati CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento operativo; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema GARSIA - ADIUVAT - GAAC - Deli n. 66/2011 - P144AUSLBO "Gestione dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi"

1. GENERALI

**Erogazione contributi per
altra assistenza sanitaria per
patologia celiaca**

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Mancata verifica dei requisiti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione
e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento operativo; Monitoraggio
e verifiche programmate; Sistema
Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Piattaforma regionale ARGeb "Archivio regionali gestione buoni". Dgr. 11747 del
27/06/2019 Linee guida regionali per la celiachia

1. GENERALI

**Contributi a favore di Minori e
disabili**

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Erogazione di contributo non dovuto.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione
e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento operativo; Monitoraggio
e verifiche programmate; Sistema
Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Deli. N. 141/2014 "Minori e disabili" - ADIUVAT - GAAC - P144AUSLBO "Gestione
dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi"

1. GENERALI

Contributo aggiuntivo per assistenti familiari anziani

Classificazione del rischio

B-basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento operativo; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GARSIA - P144AUSLBO "Gestione dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi" - GAAC - ADIUVAT - Deli n. 66/2011

1. GENERALI

Assegno di cura per disabili adulti e gravissime disabilità DGR Emilia-Romagna n. 2068/2004

Classificazione del rischio

B-basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Supervisione

controllo

Evidenze documentali

Deli n. 101/2013 "Disabili gravissimi" - GAAC - GARSIA - ADIUVAT - P144AUSLBO "Gestione dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi"

1. GENERALI

Assistenza protesica, fornitura ausili

Classificazione del rischio

A-alto

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Pagamento somme non dovute. Dirigente sanitario fornisce autorizzazione in assenza di presupposti; mancata autorizzazione. Inesatta verifica dei requisiti da parte del personale amministrativo.

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento

*Misure Specifiche
ATTUATE*

regolamento operativo; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Utilizzo sistema informatizzato per la gestione delle richieste e delle autorizzazioni tramite ADIUVAT protesica nel GAAC. Dgr. 1844/2018

1. GENERALI

Assegno di cura per Anziani non Autosufficienti

Classificazione del rischio

B-basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

*Misure Specifiche
ATTUATE*

Regolamento operativo; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GARSIA - P144AUSLBO "Gestione dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi" - GAAC - ADIUVAT - Del. n. 66/2011

1. GENERALI

Erogazione rimborsi per assistenza sanitaria all'estero.

Classificazione del rischio

A-alto

1. GENERALI

Incasso ticket delle prestazioni specialistiche tramite CUP e farmacie

Classificazione del rischio

B-basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Documentazione incompleta. Pagamento non dovuto.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata.

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata.

Evidenze documentali

Sistema LEPIDA. P151AUSLBO

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

Esenzioni ticket

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Il rischio insito nel processo può risiedere nell'accoglimento, da parte dell'operatore di sportello, di documentazione non idonea o parzialmente idonea a corredo dell'emissione del tesserino di esenzione per patologia (es. certificazione sanitaria rilasciata da soggetto non pubblico) oppure di emissione del tesserino di esenzione in mancanza di presentazione della documentazione per il rilascio o per il rinnovo.
Riconoscimento di esenzione sbagliata; scorretta valutazione della documentazione. Applicazione di esenzione inesistente.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata.

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Anagrafe Sanitaria e sistema di Prenotazione. Sistema informatizzato SOLE.

1. GENERALI

Contributi aggiuntivi assistenti familiari per Disabili

Classificazione del rischio

B-basso

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Pilotamento delle attività al fine di concedere privilegi e favori; scarso controllo del possesso dei requisiti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento operativo; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GARSIA - P144AUSLBO "Gestione dell'erogazione assegni, sussidi, contributi e rimborsi" - GAAC - ADIUVAT - Del. n. 66/2011

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Gestione delle convenzioni con Terzo Settore

eventi rischiosi

Mancata pubblicazione dell'avviso di manifestazione dell'interesse. Scorretta valutazione. Errata liquidazione di rimborso

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamento Aziendale

regolamentazione

Evidenze documentali

Regolamento in corso di adeguamento al decreto ministeriale n. 72 23/03/2021 - Deli. N. 103/2017 "Approvazione regolamento tra AUSL e Associazioni volontariato e promozione sociale"

Classificazione del rischio

M-medio

DFAR

2. SPECIFICHE

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

Processo verbale di accertamento di illecito amministrativo

eventi rischiosi

Applicazione difforme della procedura dipartimentale (sanzioni amministrative); Mancata o difforme vigilanza. Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superficiale per vantaggio economico; Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche ATTUATE

Evidenze documentali

Classificazione del rischio

M-medio

2. SPECIFICHE

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Classificazione del rischio

B-basso

2. SPECIFICHE

Vigilanza farmacie convenzionate

Classificazione del rischio

M-medio

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure Informatizzate; regolamento aziendale accesso Informatori; registro informatizzato degli accessi; agenda informatizzata e cartacea degli incontri.

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione; sensibilizzazione/partecipazione

Evidenze documentali

Delibera n. 222/17 "Linee guida per l'accesso da parte dei professionisti che svolgono attività di informazione tecnico scientifica di farmaci, dispositivi, prodotti dietetici e prodotti per lattanti"

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Mancata o difforme vigilanza; Ispezione pilotata per interessi personali; ispezione superficiale per vantaggio economico. Nomina di individui con interessi particolari a far parte della Commissione (es. parenti con possesso di Farmacie)

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Misure Specifiche
ATTUATE

Format di verbale regionale

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Format di verbale per ispezione alle Farmacie.

2. SPECIFICHE

Utilizzo beni in prova a titolo dimostrativo - Gestione campioni gratuiti DM

Classificazione del rischio
B-basso

2. SPECIFICHE

Liquidazione competenze farmacie convenzionate per Farmaceutica e Assistenza protesica e Integrativa.

Classificazione del rischio
B-basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi
Proposta di campione a titolo dimostrativo al fine di favorire un determinato operatore economico e farlo entrare tra i fornitori dell'azienda.
Risultati attesi sovrastimati

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

P107AUSLBO "GESTIONE RICHIESTA UTILIZZO CAMPIONI GRATUITI DI DISPOSITIVI MEDICI MARCATI CE AL DI FUORI DI UN CONTESTO SPERIMENTALE"

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi
Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

procedure informatizzate

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Programma interno - programma Lepida - programma software house - GAAC

2. SPECIFICHE

Commissione Farmaceutica Interaziendale (CFI)

Classificazione del rischio

B-basso

2. SPECIFICHE

Istruttoria per conto dei Sindaci dei Comuni in tema di farmacie e distribuzione all'ingrosso

Classificazione del rischio

B-basso

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Disciplina conflitto di interesse

Evidenze documentali

La ditta incaricata verifica tramite software e fornisce tramite elenco delle ricette potenzialmente non conformi con immagine della ricetta (atteggiamento prudentiale). Linee Guida Regionali dgr. 2106/10 Allegato 1 - Criteri decisionali.

Tipologia misure

promozione dell'etica

disciplina conflitto di
interesse

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica

2. SPECIFICHE

Erogazione indennità di residenza alle Farmacie Rurali

Classificazione del rischio

B-basso

2. SPECIFICHE

Liquidazione competenze mensili farmacie per i servizi e punti vendita alimenti celiachia.

Classificazione del rischio

B-basso

DRO

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Rischio non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata

Evidenze documentali

Piattaforma regionale ARGeB - GAAC - piattaforma SOLE

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

2. SPECIFICHE

DECESSI INTRAOSPEDALIERI Rapporti con imprese funebri

Classificazione del rischio

A-alto

2. SPECIFICHE

Gestione delle liste di attesa: ricoveri ospedalieri programmati

Classificazione del rischio

M-medio

2.4 DECESSI INTRAOSPEDALIERI

eventi rischiosi

Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili;

segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Misure organizzative: Front-Office di Camera Mortuaria, registro di CM; Registro Vestizioni; Regolamento Aziendale;

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; regolamentazione; regolazione rapporti con soggetti portatori di interessi particolari;

Evidenze documentali

IO 83 AUSL BO Gestione della persona deceduta IO18POUA - IO030CDR5601 - IO029CDR5601 "Comportamento delle IF all'interno delle camere mortuarie" - Registrazione accessi camera mortuaria e agenda appuntamenti esequie e vestizione

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

eventi rischiosi

Utilizzo di strumenti facilmente modificabili (liste cartacee, file Word Excel); scorretto utilizzo delle priorità (definite priorità che in realtà non lo sono); mancato rispetto dell'ordine di attesa

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

Evidenze documentali

L'attribuzione della priorità avviene secondo la DGR 272/2016. (Delibera del 9/7/19 recepimento "Programma attuativo per il governo delle liste di attesa della città metropolitana di Bologna). SISTEMA RER di monitoraggio tempi di attesa

2. SPECIFICHE

Accesso degli informatori scientifici nelle strutture aziendali

Classificazione del rischio

M-medio

2.3 FARMACEUT, DISPOSITIVI, SPERIMENT, SPONSORIZZ

eventi rischiosi

Scorretta gestione degli appuntamenti; colloquio tenuto in sede inopportuna; mancata registrazione ed elaborazione di report con dati non veritieri; mancata registrazione dell'incontro e scorretta indicazione dei prodotti presentati.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema Informatizzato per accesso
Informatori Scientifici;
regolamentazione

Tipologia misure

controllo; promozione
dell'etica;
regolamentazione;
sensibilizzazione/partecipazione

controllo;
regolamentazione;
sensibilizzazione/partecipazione

Evidenze documentali

Delibera n. 222/17 "Linee guida per l'accesso da parte dei professionisti che svolgono attività di informazione tecnico scientifica di farmaci, dispositivi, prodotti dietetici e prodotti per lattanti"

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

PRESTAZIONI NON A CARICO SSN Gestione rapporti con Enti/Imprese/associazioni private, fornitrici di servizi/prestazioni/assistenza aggiuntiva non sanitaria/presidi sanitari non a carico del SSN

Classificazione del rischio

M-medio

3.2 extra LEA

eventi rischiosi

Fornire indicazione/suggerimento ai pazienti e ai parenti, di una specifica impresa o attività commerciale.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Misura specifica sulla gestione dei
rapporti con fornitori di assistenza Extra
SSN (Det.1602/2019)

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo;
regolamentazione;
regolazione rapporti con
soggetti portatori di interessi
particolari;

Evidenze documentali

Determina RPCT 1602/2019 "gestione dei rapporti con ditte/enti/associazione/imprese private fornitrici di servizi, prestazioni, assistenza aggiuntiva non sanitaria e presidi non a carico del SSN"

DSM

1. GENERALI

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Servizio Dipendenze Patologiche

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Erogazione di un contributo non dovuto -
Erogazione di contributo ad utente sbagliato

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione
e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale; Monitoraggio
e verifiche programmate; Sistema
Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Dete n. 2082 del 28/11/13 "Erogazione contributi economici"

1. GENERALI

Erogazione contributi economici ad Associazioni di familiari per progetti partecipati di sussidiarietà

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Erogazione di contributi per progetti
inadeguati o non realizzati

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione
e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale; Monitoraggio
e verifiche programmate; Sistema
Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Dete n. 3542 del 23/11/17 "Attuazione progetti"

1. GENERALI

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area NPIA

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Inserimento inappropriato e liquidazione non dovuta

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Dete n. Del 28/11/08 "Approvazione del regolamento per l'attivazione di inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali e area funzionale psichiatria adulti".

1. GENERALI

Erogazione di contributi economici a favore di utenti del DSM-DP Centro Salute Mentale

Classificazione del rischio

M-medio

1.6 Provvedimenti ampliativi CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Erogazione di un contributo non dovuto - Erogazione di contributo ad utente sbagliato

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Dete n. 2082 del 28/11/13 "Erogazione contributi economici"

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area SERT

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi Inserimento inappropriato e liquidazione non dovuta	Tipologia misure	
	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	regolamento Aziendale; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato
Evidenze documentali		Dete n. Del 28/11/08 "Approvazione del regolamento per l'attivazione di inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali e area funzionale psichiatria adulti".

Inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private di utenti del DSM-DP- Area CSM

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi Inserimenti inappropriati e liquidazioni dirette non dovute	Tipologia misure	
	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	regolamento Aziendale; Monitoraggio e verifiche programmate; Sistema Informatizzato
Evidenze documentali		Dete n. Del 28/11/08 "Approvazione del regolamento per l'attivazione di inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali e area funzionale psichiatria adulti". I.O. 05 DSM.DP 15/07/21 "Accesso strutture"

1. GENERALI

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: rilascio certificazioni vaccinali

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri. Agevolare soggetti particolari.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e FSE- Delibera 3359/2018 Rotazione e misure alternative - AVELCO - Linee guida flussi documentali

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: ricorsi avverso il giudizio del medico competente

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Errata valutazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco, linee guida rotazione

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio autorizzazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non rispetto del principio di rotazione Valutare scorrettamente la documentazione a supporto. Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco - Linee guida rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

VETERINARIO: rilascio autorizzazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito ad istanza ricevuta. Scorretta/mancata verifica della documentazione. Eventuali rapporti con gli stessi richiedenti.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco. Linee guida sulla rotazione. Determina 3359/2018 rotazione misure alternative. P 0076100 Procedura controllo ufficiale sicurezza alimentare

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio certificazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato AVELCO e BABEL - I.O. 0056106 Modalità di rilascio delle certificazioni ufficiali IAN

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio certificazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Errata valutazione

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco, linee guida rotazione

1. GENERALI

VETERINARIO: rilascio certificazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.
Non dare seguito alla istanza ricevuta.
Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta
Rilascio certificazione non rispondente alla fase istruttoria

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco. Linee guida sulla rotazione. Determina 3359/2018 rotazione misure alternative. P 0076100 Procedura controllo ufficiale sicurezza alimentare

1. GENERALI

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: attività ispettiva

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.
Non dare seguito a richiesta pervenuta.
Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.
Redazione di verbale non rispondente alla realtà

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco - checklist regionale - P 0076100 Procedura controllo ufficiale sicurezza alimentar - P 0086100 Gestione non conformità

1. GENERALI

Indagine Epidemiologica

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.
Non dare seguito alla segnalazione di malattia infettiva
Omessa registrazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

sistema informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e sistema informatico Regionale di Sorveglianza di Malattie Infettive (SMI)

1. GENERALI

VETERINARIO: attività ispettiva

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi; Non dare seguito ad una richiesta o segnalazione pervenuta; Errata/mancata valutazione; Sopralluogo non rispondente alla realtà; Errata trascrizione del verbale

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse, Regolamento Aziendale

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco. Linee guida sulla rotazione. Determina 3359/2018 rotazione misure alternative. P 0076100 Procedura controllo ufficiale sicurezza alimentare

1. GENERALI

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE: rilascio autorizzazioni

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Scorretta valutazione a supporto dell'istanza. Redazione di verbale non rispondente alla realtà

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistemi informatizzati BABEL e AVELCO - Istruzione perativa - checklist - formazione specifica per ispettori ed auditor regionali - I.O.0346100 Gestione Attività di Supervisione - I.O0056106 Modalità di rilascio delle certificazioni ufficiali IAN

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: attività ispettiva

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Favorire o sfavorire con sopralluogo non rispondente all'effettività del caso.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco, linee guida rotazione - P 026172/1 Procedura di vigilanza e controllo

1. GENERALI

**IGIENE DEGLI ALIMENTI E
NUTRIZIONE: rilascio pareri
tecnici**

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

**IGIENE E SANITA' PUBBLICA:
rilascio pareri tecnici**

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Manca di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Individuazione dell'operatore sulla stessa attività. Parere tecnico non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel - Delibera 3359/2018 Rotazione e misure alternative - AVELCO - Linee guida flussi documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: rilascio pareri tecnici

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Errata valutazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco, linee guida rotazione

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

VETERINARIO: rilascio pareri tecnici

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Non dare seguito alla istanza ricevuta. Errata/mancata valutazione della documentazione ricevuta. Rilascio certificazione non risopondente alla fase istruttoria

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco. Linee guida sulla rotazione. Determina 3359/2018 rotazione misure alternative. P 0076100 Procedura controllo ufficiale sicurezza alimentare

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

1. GENERALI

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata 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 e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto
Richiesta di bene o servizio non utile
Inadeguata verifica qualitativa del fabbisogno. Mancata verifica della presenza di contratto attivo
Agevolare acquisto su determinato fornitore.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento Aziendale

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture. e Servizi Delibera n. 185 del 22/05/2017 "Approvazione modalità operativa di applicazione relativa agli affidamenti di valore < 40,000"- P34AUSLBO "Gestione dei beni di consumo - economato". Babel e Intercenter

1. GENERALI

IGIENE E SANITA' PUBBLICA: attività ispettiva

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Agevolare soggetti particolari. Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. Non dare seguito a richiesta pervenuta. Individuazione dell'operatore sulla stessa attività.
Redazione di verbale non rispondente alla realtà

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco;
Disciplina conflitto di interesse.

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse;
regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel - Delibera rotazione - AVELCO - Linee guida flussi documentali - P046106 Vigilanza e controllo di igiene pubblica

**IMPIANTISTICA
ANTINFORTUNISTICA: verifiche
su impianti su richiesta**

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Determinate verifiche vengono svolte dagli stessi tecnici.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse.

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco.

**PREVENZIONE SICUREZZA
AMBIENTI DI LAVORO: rilascio
parere su piano di lavoro di
rimozione amianto di matrice
compatta**

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.Favorire avvio lavori non in sicurezza

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco; Disciplina conflitto di interesse

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

1. GENERALI

Procedure di selezione per il conferimento di borse di studio

Classificazione del rischio

M-medio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Mancata verifica della reale necessità di borsa di studio; Mancata verifica di personale in servizio con competenze richiesto su un progetto specifico; Improprio condizionamento della procedura di selezione al fine di favorire uno specifico candidato attraverso:
-stesura e pubblicazione di un bando con requisiti o troppo generici o troppo specifici al fine di agevolare o limitare la partecipazione alla selezione;
scelta di Componenti della Commissione;
violazione segretezza dei contenuti della prova; discrezionalità nell'assegnazione dei punteggi.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento per il conferimento borse di studio;
Disciplina conflitto di interesse

disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

1. GENERALI

Autorizzazioni allo svolgimento di Incarichi extraistituzionali

Classificazione del rischio

M-medio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi; Non dare seguito alla richiesta di svolgimento dell'incarico.
Mancata/inadeguata verifica della documentazione; Errata valutazione della compatibilità dell'incarico. Mancato rispetto del regolamento aziendale.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Disciplina conflitto di interesse;
regolamento aziendale

disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Regolamento Deli 148/2012 - Circolare SUMAP prot. 153952 20/12/2018 Incarichi extraistituzionali soggetti a mera comunicazione mod019 richiesta incarichi extraistituzione. Babel

1. GENERALI

IMPIANTISTICA ANTINFORTUNISTICA: attività ispettiva

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Supervisione; Disciplina conflitto di interesse; sistema informatizzato

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel e Avelco. P 0026117 Verifiche di impianti termici-elettrici su segnalazione di pericolosità'

1. GENERALI

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO: Indagini infortuni sul lavoro e/o malattie professionali

Classificazione del rischio

B-basso

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Sistema informatizzato Avelco. Disciplina conflitto di interesse

disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

P 026171/2 Interventi in emergenza per infortuni sul lavoro - Sistema informatizzato Babel

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato

eventi rischiosi

Mancanza di imparzialità finalizzata al conseguimento di indebiti vantaggi per se' o per altri per consentire al destinatario di sottrarsi a eventuali esiti negativi. Favorire un determinato ente rispetto ad un altro. Alta discrezionalità dell'ente/pubblico/privato col quale sottoscrivere convenzioni/accordi di collaborazione/protocolli d'intesa/contratti di comodato
Scorretta verifica degli aspetti giuridici ed economici indicati nella bozza di atto da condividere tra le parti

Classificazione del rischio

A-alto

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamentazione; supervisione;
sistema informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Babel. Deli n. 278/2006 e successive integrazioni delegate attraverso firma DG. Istruzioni AGL.

DTP

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Esecuzione del contratto

eventi rischiosi

Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (con particolare riguardo alla durata, alle modifiche di prezzo, alla natura dei lavori, ai termini di pagamento,etc.), introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio. Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore.

Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.

Classificazione del rischio

M-medio

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche ATTUATE

Reporting; periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS; applicazione previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P096AUSLBO Esecuzione contratto

1. GENERALI

Programma triennale per gli appalti di lavori

Classificazione del rischio

M-medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Inserimento nella programmazione di interventi non necessari per favorire un operatore economico;
Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità con possibili anomalie quali: ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione;
Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Linee guida con modalità e tempestive di redazione della programmazione; reporting.

controllo;
regolamentazione;
trasparenza

Evidenze documentali

1. GENERALI

Predisposizione dei documenti da porre a base di gara

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti;
Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti
INDIVIDUAZIONE DI CRITERI DI PARTECIPAZIONE SPROPORZIONATI E INGIUSTIFICATAMENTE RESTRITTIVI RISPETTO ALL'OGGETTO E ALL'IMPORTO DELL'APPALTO;
Fuga di notizie
Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamentazione modalità di individuazione del gruppo tecnico con raccolta di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi; monitoraggio della partecipazione ai lavori di stesura del capitolato.

controllo; disciplina conflitto di interesse;
regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi

Selezione del Contraente

eventi rischiosi

Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Reporting: monitoraggio dei tempi di lavoro della commissione; sottoscrizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse in relazione allo specifico oggetto della gara.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Classificazione del rischio

A-alto

Stipula del contratto

eventi rischiosi

Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per consentire modifiche in fase di esecuzione.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure informatizzate; sistema AVUCIPASS; funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti in archivio informatizzato;

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Classificazione del rischio

M-medio

Rendicontazione del contratto

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative	Tipologia misure disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione
Misure Specifiche ATTUATE	Stesura di verbali di controllo standardizzati; disciplina conflitto di interesse	controllo; disciplina conflitto di interesse
Evidenze documentali		

Aggiudicazione della gara

Classificazione del rischio
A-alto

eventi rischiosi
Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per permettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza	Tipologia misure promozione dell'etica; rotazione; trasparenza
Misure Specifiche ATTUATE	Procedure informatizzate; sistema AVUCIPASS; funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti in archivio informatizzato;	controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione
Evidenze documentali		

2. SPECIFICHE

Gestione Fondo Aziendale della Ricerca e Fondo del Comitato Etico

Classificazione del rischio

M-medio

2. SPECIFICHE

Gestione Studi Clinici

Classificazione del rischio

A-alto

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Utilizzo del fondo per finalità non idonee o distorte;
Conflitto di interessi: utilizzatori del fondo in rapporto di contiguità con il promotore dello studio o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terietà e l'indipendenza;
Mancata verifica e monitoraggio;
Monitoraggio superficiale/pilotato.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale FAR; verifiche comitato etico.

Evidenze documentali

Sistema Informatizzato GAAC - Delibera 228/2017 "Adozione del Regolamento per la gestione e il funzionamento del Fondo Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione"

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

In fase dell'autorizzazione alla sperimentazione, è presente il rischio di conflitto di interesse con lo sperimentatore;
Non corretta applicazione della Procedura Aziendale;
Utilizzo del fondo per finalità non idonea;
Mancata verifica e monitoraggio;
Monitoraggio superficiale/pilotato;
Discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni/studi clinici.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale; controlli e verifiche del comitato etico. Gestione del conflitto di interessi

Evidenze documentali

P025AUSLBO "Gestione degli studi clinici"

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

Formazione Esterna sponsorizzata

Classificazione del rischio

A-alto

3. ALTRE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

Formazione Universitaria

Classificazione del rischio

M-medio

3.1 FORMAZIONE

eventi rischiosi

Comportamenti non conformi a principi di correttezza ed efficacia, trasparenza dell'azione amministrativa o esplicita progettualità relativamente all'individuazione del personale al fine di giungere a forme di collaborazione corrette, stabili, leali e proficue tra l'AUSL e i soggetti organizzatori, i fornitori di attività ECM (provider) e i finanziatori privati (soggetti e aziende private, incluse quelle farmaceutiche e produttrici di dispositivi sanitari). Mancata rotazione del personale da inviare in Formazione Esterna sponsorizzata (fattore abilitante- esercizio prolungato....)

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale; registro informatizzato atti di liberalità e sponsorizzazioni; disciplina del conflitto di interesse

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Deli 207/2017 "Linee Guida Atti di liberalità e contratti di sponsorizzazione"

3.1 FORMAZIONE

eventi rischiosi

inadeguata individuazione dell'esperto

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

promozione dell'etica

Evidenze documentali

Accordi UNIBO e UNIFE per corsi di laurea (prot. 116254/2019 ...); Linee Guida attribuzione degli incarichi didattici nei SSD previsti dalle Convenzioni; Avviso di reclutamento annuale di professionisti del SSR per corsi laurea

Formazione Interna

eventi rischiosi

Programmazione non rispondente completamente al fabbisogno formativo delle macro articolazioni aziendali; eccessivo ricorso alla procedura di aggiornamento dei PAF. Mancanza di chiari criteri distributivi nell'assegnazione del budget. Mancata esplicitazione delle priorità formative. Progettazione mirata a favorire determinati docenti. Conferimento di incarico a soggetti che non hanno i requisiti; conferimento di incarico attribuito al di fuori dei regolamenti aziendali; assenza di rotazione tra i docenti. Mancato rispetto della rotazione nell'accesso alla formazione. Conferimento di incarico attribuito al di fuori delle procedure aziendali.

		Tipologia misure
Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento	promozione dell'etica
Misure Specifiche ATTUATE	Regolamento aziendale	regolamentazione
Evidenze documentali		
P07FORM0 "PROGETTAZIONE -EROGAZIONE E CONCLUSIONE EVENTO FORMATIVO"; P169 e sistema informatizzato regionale WHRTIME-GRU		

Classificazione del rischio

A-alto

Formazione Esterna NON sponsorizzata

eventi rischiosi

Mancata rotazione; assenza di criteri nell'individuazione del personale; mancanza di esplicitazione dei vantaggi in termini di acquisizione di competenze; richieste di pagamenti per compensi non dovuti.

		Tipologia misure
Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento	promozione dell'etica
Misure Specifiche ATTUATE	Regolamento aziendale	regolamentazione
Evidenze documentali		
P169AUSLBO "Gestione amministrativo-contabile del ciclo passivo relativo alle docenze e alle attività formative per i corsi di formazione obbligatori interni e per i costi per le attività formative esterne obbligatorie"		

Classificazione del rischio

A-alto

2. SPECIFICHE

Gestione delle liste di attesa: visite ed esami diagnostici

Classificazione del rischio

B-basso

2. SPECIFICHE

Gestione delle liste di attesa: interventi di Chirurgia ambulatoriale

Classificazione del rischio

A-alto

ICL

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

eventi rischiosi

prescrizione di priorità non coerenti con l'effettiva gravità clinica in base a sollecitazione oppure per ovviare alle criticità dei TdA (modalità opportunistica) selezione del paziente inserito in presa in carico e non di tutti i pazienti in base alle necessità cliniche (percorsi opportunistici); mancata presa in carico con prescrizione in primo accesso piuttosto che accesso successivo; mancata informazione all'utente della presa in carico. Prescrizione prestazione di controllo con esenzione (opportunistica) assenti o errate informazioni all'utente circa la tipologia di prestazione, le modalità di accesso, mancata compilazione delle modulistiche previste con rischio di mancata esecuzione e riprogrammazione della stessa.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Normativa SSN e SSR sull'accesso alle prestazioni ambulatoriali - sistema informatizzato CUP

Tipologia misure

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

eventi rischiosi

prescrizione di priorità non coerenti con l'effettiva gravità clinica in base a sollecitazione oppure per ovviare alle criticità dei TdA (modalità opportunistica) selezione del paziente inserito in presa in carico e non di tutti i pazienti in base alle necessità cliniche (percorsi opportunistici) ; mancata presa in carico con prescrizione in primo accesso piuttosto che accesso successivo ; mancata informazione all'utente della presa in carico Prescrizione prestazione di controllo con esenzione (opportunistica) assenti o errate informazioni all'utente circa la tipologia di prestazione, le modalità di accesso , mancata compilazione delle modulistiche previste con rischio di mancata esecuzione e riprogrammazione della stessa.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

normativa nazionale LEA - in attesa Validazione Regolamento Interno

Tipologia misure

1. GENERALI

Programmazione Ingegneria Clinica

Classificazione del rischio

M-medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità;
Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito;
Riconoscimento stato d'uso dei dispositivi non rispondente alla realtà al fine di agevolare un fornitore;
Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Reporting: verifica delle priorità dei rinnovi e valutazione della coerenza delle priorità segnalate dalle macro articolazioni; regolamento aziendale.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P029AUSLBO Definizione e gestione del Piano Investimenti tecnologici - P022AUSLBO Gestione fuori uso delle apparecchiature biomediche - P73AUSLBO Acquisto beni e servizi ad utilità pluriennale

1. GENERALI

Affidamento del servizio/fornitura

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi nonché valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata;
Assenza di criteri per la scelta della Commissione Aggiudicatrice. Abuso della procedura d'urgenza;
Abuso dell'esclusività. Abuso della procedura d'urgenza;
Abuso dell'esclusività.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti aziendali.

regolamentazione

Evidenze documentali

P83AUSLBO Acquisizione apparecchiature biomediche - P008AUSLBO Manutenzione su chiamata Apparecchiature Biomediche -Utilizzo Intercent-ER (no per manutenzione su guasto)

Predisposizione documenti di gara

eventi rischiosi

Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori. Scarsa conoscenza da parte dei richiedenti/firmatari delle normative e dei rischi legati alla eventuale agevolazione di un operatore economico. Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara;

Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza. Conflitto di interessi non dichiarato all'atto dell'individuazione. Stesura di capitolato con criteri o requisiti o troppo vaghi o troppo dettagliati allo scopo di favorire o sfavorire operatori economici

Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti;

Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti

Classificazione del rischio

A-alto

Tipologia misure

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche ATTUATE

Utilizzo di documenti standard; adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo; sottoscrizione di impegno alla riservatezza.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P83AUSLBO Acquisto beni e servizi ad utilità pluriennale - P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi - P73AUSLBO Acquisto beni e servizi ad utilità pluriennale

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Esecuzione del contratto

eventi rischiosi

Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura/servizi; Rilascio certificato di ultimazione e regolare esecuzione in cambio di vantaggio economico; Mancata segnalazione di difformità e/o vizi dell'apparecchiatura; Rilascio certificato di regolare collaudo in cambio di vantaggio economico.

Classificazione del rischio

M-medio

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure informatizzate.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P021AUSLBO Gestione dei collaudi in accettazione delle apparecchiature elettromedicali - P096AUSLBO Esecuzione contratto

IRCCS

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Esecuzione contratti/convenzioni

eventi rischiosi

Mancata o insufficiente effettuazione delle verifiche; conflitto di interesse del DEC; alterazione o emissione di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati; rilascio di certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti aziendali; disciplina conflitto d'interesse; sistema informatizzato.

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Utilizzo del sistema informatizzato GAAC - P096AUSLBO Esecuzione contratto

Classificazione del rischio

A-alto

1. GENERALI

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Acquisizione di un servizio non necessario;
Acquisto di servizio per favorire un operatore economico specifico;
Inadeguata verifica quali-quantitativa del fabbisogno; Mancata verifica della presenza di contratto attivo.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Trasparenza

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori.

regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi Delibera n. 185 del 22/05/2017 "Approvazione modalità operativa di applicazione relativa agli affidamenti di valore < 40,000" - P34AUSLBO "Gestione dei beni di consumo - economato"

2. SPECIFICHE

Sponsorizzazioni per progetti di innovazione e ricerca

Classificazione del rischio

M-medio

2.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E S

eventi rischiosi

Comportamenti non conformi a:
-principi di correttezza ed efficacia, trasparenza dell'azione amministrativa;
-esplicita progettualità relativamente alle modalità di finanziamento;
Mancata pubblicizzazione dell'avviso della ricerca di sponsor. Conflitto di interesse tra gli operatori coinvolti nel progetto e lo sponsor.
Mancato coinvolgimento di tutti gli attori interessati (interni-aziendali es: servizio acquisti).
Mancato rispetto regolamento interno per incarichi extra istituzionali.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamento aziendale; Registro atti di liberalità; disciplina del conflitto di interessi

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

Deliberazione n. 207 del 12/06/2017 "Linee Guida sugli Atti di liberalità e contratti di sponsorizzazione"; art. 19 del dlgs. 50/2016

2. SPECIFICHE

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Convenzioni con Università degli studi

Classificazione del rischio

B-basso

eventi rischiosi

Attività molto partecipata, rischio non individuabile

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

LP

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Autorizzazioni allo svolgimento di Incarichi extraistituzionali

Classificazione del rischio

M-medio

eventi rischiosi

Distorta o omessa valutazione dei criteri di compatibilità.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Disciplina conflitto di interessi ;
Regolamento Aziendale

controllo; disciplina conflitto
di interesse;
regolamentazione

Evidenze documentali

Delibera n. 148 del 16/05/2012 "Regolamento Aziendale per l'Autorizzazione allo svolgimento degli Incarichi Extraistituzionale"

2. SPECIFICHE

Autorizzazione allo svolgimento di prestazioni professionali occasionali da parte della Dirigenza Medica e Sanitaria

Classificazione del rischio

M-medio

2. SPECIFICHE

Autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale

Classificazione del rischio

M-medio

2.1 ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE E LISTE ATTESA

eventi rischiosi

Concessione di autorizzazioni a discapito dell'attività istituzionale; commistione pubblico-privato (pantouflage)

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale.

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Delibera n. 482 del 24/12/2019 "Adozione dell'atto aziendale relativo alla gestione della LP intramania del personale della dirigenza medica e del ruolo sanitario a rapporto esclusivo". P081 "ALP" - P160 AUSLBO "ALP debiti costi"

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

eventi rischiosi

False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale, Sistema Informatizzato

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Delibera n. 482 del 24/12/2019 "Adozione dell'atto aziendale relativo alla gestione della LP intramania del personale della dirigenza medica e del ruolo sanitario a rapporto esclusivo". P081 "ALP" - P160 AUSLBO "ALP debiti costi"

2. SPECIFICHE

Stipula o rinnovo contratti o convenzioni con terzi richiedenti prestazioni sanitarie e non sanitarie professionali a pagamento

Classificazione del rischio

M-medio

2. SPECIFICHE

Attività libero professionale ambulatoriale

Classificazione del rischio

M-medio

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Erronea definizione del fabbisogno, omessa verifica dei requisiti, errata definizione del rimborso, conflitto di interesse, discrezionalità nella definizione dei contenuti e dei termini dell'accordo

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Delibera n. 482 del 24/12/2019 "Adozione dell'atto aziendale relativo alla gestione della LP intramoenia del personale della dirigenza medica e del ruolo sanitario a rapporto esclusivo". P081 "ALP" - P160 AUSLBO "ALP debiti costi"

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

eventi rischiosi

Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale; violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione;

svolgimento della libera professione in orario di servizio; trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione; violazione del diritto di libera scelta del paziente per incompleta o errata indicazione dei tempi di accesso in regime istituzionale per indurlo al ricorso in LP; variazione discrezionale delle condizioni di accesso alle prestazioni per vantaggi privati dei professionisti; dirottamento del paziente dalle liste di attesa dell'attività istituzionale alla LP.

Misure Generali
ATTUATE

Regolamentazione; Supervisione e controlli

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale, Gestionale ALP, SISTEMA DI CONTROLLO INFORMATIZZATO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Tipologia misure

controllo; regolamentazione

controllo

Evidenze documentali

Utilizzo del gestionale ALP, Verifica cartellini GRU Regolamento Aziendale, P081 Auslbo Attività libero Professionale; sperimentazione SISTEMA DI CONTROLLO INFORMATIZZATO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA; P160AUSLBO Attività LP: debiti-Costi

2. SPECIFICHE

Attività libero professionale in regime di ricovero

Classificazione del rischio

A-alto

2.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

eventi rischiosi

Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale; violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione;

svolgimento della libera professione in orario di servizio; trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione; violazione del diritto di libera scelta del paziente per incompleta o errata indicazione dei tempi di accesso in regime istituzionale per indurlo al ricorso in LP; variazione discrezionale delle condizioni di accesso alle prestazioni per vantaggi privati dei professionisti; dirottamento del paziente dalle liste di attesa dell'attività istituzionale alla LP.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento;
Regolamentazione e disciplina
dell'accesso"

Misure Specifiche ATTUATE

regolamento Aziendale, Gestionale
ALP, SISTEMA DI CONTROLLO
INFORMATIZZATO ATTIVITA' LIBERO
PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Tipologia misure

promozione dell'etica;
regolamentazione

controllo

Evidenze documentali

Utilizzo del gestionale ALP, Verifica cartellini GRU Regolamento Aziendale, P081Auslbo Attività libero Professionale; sperimentazione SISTEMA DI CONTROLLO INFORMATIZZATO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

MLRM

1. GENERALI

Accertamento requisiti psicofisici in Commissione Medica Locale (CML) Patenti

Classificazione del rischio

M-medio

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Scarsa o mancata verifica della documentazione di supporto. Conteggio di compensi non dovuti.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche ATTUATE

Sistema informatizzato; regolamento
aziendale.

Tipologia misure

promozione dell'etica

regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato "Portale automobilista" - P152AUSLBO "Visita in commissione medica locale-patenti di guida"

Indennizzi per danni da trasfusioni e vaccinazioni EX LEGGE 210/92

Classificazione del rischio
A-alto

eventi rischiosi
Carenza o mancanza di documentazione; mancata o scarsa verifica dei requisiti. Classificazione del contributo in classe diversa da quella dovuta; altri riconoscimenti non dovuti.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche ATTUATE

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica

Medicina necroscopica

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Valutazione distorta.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche ATTUATE

Procedura informatizzata

Evidenze documentali

Portale INPS registrazione decesso.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

regolamentazione

1. GENERALI

Attività certificativa medico legale individuale e collegiale

Classificazione del rischio

M-medio

1.7 Provvedimenti ampliativi SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO

eventi rischiosi

Valutazione distorta.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

regolamentazione

Evidenze documentali

P149AUSLBO "Visite medico legali collegiali per idoneità/dispensa dal servizio" - P150AUSLBO "Visite medico legali individuali" - P154AUSLBO "Visite medico legali collegiali per ricorso porto d'armi"

1. GENERALI

Gestione del Rischio/RISK MANAGEMENT

Classificazione del rischio

B-basso

1.5 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

eventi rischiosi

Il rischio non è rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure aziendali.

regolamentazione

Evidenze documentali

P112AUSLBO "Gestione eventi critici" - P07AUSLBO "Cadute" - P156AUSLBO "Gestione degli eventi avversi e quasi eventi nello svolgimento delle attività clinico assistenziali" - Utilizzo del portale del Ministero della Salute

Rilascio pareri

Classificazione del rischio

M-medio

eventi rischiosi Valutazione distorta.	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento	Tipologia misure promozione dell'etica
	Misure Specifiche ATTUATE		
	Evidenze documentali		

Attività di Pronta Disponibilità

Classificazione del rischio

M-medio

eventi rischiosi Valutazione distorta.	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento	Tipologia misure promozione dell'etica
	Misure Specifiche ATTUATE	Regolamento aziendale	regolamentazione
	Evidenze documentali		

Accertamento disabilità (Invalidità civile, Handicap EX L. 104/92, Cecità e sordità) e accertamento per collocamento lavorativo disabili EX L. 68/99

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Valutazione distorta. Accertamenti sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica

Gestione diretta dei sinistri

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Uso distorto della discrezionalità; pilotamento dell'attività ai fini della concessione di privilegi o favori; conflitti di interesse; valutazione distorta.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Gestione conflitti d'interesse; regolamento aziendale.

Evidenze documentali

PAUSLBO "Gestione diretta dei sinistri"

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Scelta del contraente per contratti attivi

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi Selettiva comunicazione di informazioni solo ad alcuni soggetti partecipanti.	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Trasparenza	Tipologia misure promozione dell'etica; trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	Procedura informatizzata; regolamento aziendale	controllo; regolamentazione
	Evidenze documentali P-INT 127 "Ricavi da patrimonio immobiliare"		

Scelta del contraente per contratti passivi

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi Discrezionalità nella scelta dell'immobile da acquisire in locazione.	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Trasparenza	Tipologia misure promozione dell'etica; trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	Procedura informatizzata.	controllo; regolamentazione
	Evidenze documentali		

1. GENERALI

Scelta del contraente per alienazioni di immobili

Classificazione del rischio

B-basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Selettiva comunicazione di informazioni solo ad alcuni soggetti partecipanti

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamentazione aziendale;
condivisione delle fasi procedurali.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P127 "Altre poste patrimonio netto"; P35 "Gestione delle immobilizzazioni immateriali e materiali"; P. 120 "Assegnazione di contributi in conto capitale da Regione e/o altri soggetti pubblici"

PeC

1. GENERALI

Gestione Contabilità analitica

Classificazione del rischio

B-basso

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

eventi rischiosi

non rilevabili

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedura informatizzata

regolamentazione

Evidenze documentali

Documenti regionali; Procedura Informatizzata di contabilità analitica; Procedure informatizzate alimentanti

Programmazione economica e controllo di gestione

Classificazione del rischio
B-basso

eventi rischiosi
non rilevabili

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Delibera di programmazione Regionale; DLGS 118/2011; Indicazioni regionali per la compilazione dei Modelli Economici Ministeriali

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Richieste estemporanee di valutazioni economiche da parte di Servizi RER

Classificazione del rischio
B-basso

eventi rischiosi
non rilevabili

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Richieste regionali

Tipologia misure

promozione dell'etica

Elaborazione DVR - Documento di valutazione dei rischi

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi

Sottostimare la classificazione priorità della misura
Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche ATTUATE

Evidenze documentali

Criteri valutazione del rischio specifici, prototipo di DVR

Tipologia misure

promozione dell'etica

Elaborazione DVR Covid 19 - Documento di valutazione dei rischi

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi

Sottostimare la classificazione priorità della misura
Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche ATTUATE

Evidenze documentali

Criteri valutazione del rischio specifici, prototipo di DVR

Tipologia misure

promozione dell'etica

1. GENERALI

Benessere organizzativo e stress lavoro correlato

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Ignorare una richiesta - sottovalutare problema

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Sezione dedicata nella intranet aziendale.

1. GENERALI

DUVRI - Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali

Classificazione del rischio

M-medio

1.4 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

eventi rischiosi

Scorretta valutazione del rischio; sottostima del rischio interferenziale (legato al flusso informativo - attività strettamente legata al bagaglio informativo trasmesso dal DEC, RUP e Appaltatore)

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Procedura per redazione del DUVRI - modello DUVRI da adattare

Procedure di Sicurezza

Classificazione del rischio

B-basso

eventi rischiosi

Sbagliare nel redigere procedura

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Piano Emergenza Interno (PEI)

Medicina preventiva

Classificazione del rischio

M-medio

eventi rischiosi

Sottostima del quadro clinico, del rischio.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Procedura aziendale e specifica sulla gestione degli incidenti a rischio biologico. Normativa circolare ministeriale DPCM e decreti legge specifici COVID. Protocollo sanitario

INAIL

Classificazione del rischio
B-basso

eventi rischiosi
Non rilevabile

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Codice di Comportamento

Procedura informatizzata INAIL

Tipologia misure

promozione dell'etica

Rapporti utenza esterna

Classificazione del rischio
B-basso

eventi rischiosi
Non rilevabile

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

1. GENERALI

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Formazione-informazione e addestramento dei lavoratori*eventi rischiosi*

Sottostimare rischio e conseguente formazione aziendale
Errata individuazione del docente e mancata rotazione nell'affidamento degli incarichi di docenza

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

*Misure Specifiche ATTUATE**Evidenze documentali**Classificazione del rischio***M-medio****SAAV**

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Programma biennale Acquisti*eventi rischiosi*

Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità quali:
-reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto;
-mancata risposta alla richiesta di fabbisogno con mancata previsione nella programmazione.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Reporting: verifica storico consumi per categoria merceologica e stima quantitativa annuale per singolo articolo; regolamentazione e tempistiche di redazione della programmazione

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Deli n. 370 del 27/11/18 "Approvazione modalità operative delle funzioni assegnate al RUP e al DEC in materia di contratti e forniture e servizi". P096AUSLBO "Esecuzione del contratto", P102AUSLBO "Acquisizione forniture e servizi"

*Classificazione del rischio***M-medio**

Definizione dei criteri di gara*eventi rischiosi*

Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori
Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore.
Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Regolamentazione; procedure informatizzate; gestione conflitto d'interesse.

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO "Acquisizione forniture e servizi"

*Classificazione del rischio***A-alto****Selezione del Contraente***eventi rischiosi*

Mancata/inadeguata vigilanza sulle sedute di gara della commissione
Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate.
Incompatibilità commissari.
Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione del soccorso istruttorio). Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.
Comportamenti tesi a restringere la platea dei partecipanti alla gara, ritardo pubblicità del bando;
ritardo di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Procedure informatizzate; sistema AVUCIPASS; funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti in archivio informatizzato; verbalizzazione sedute di gara; check list controllo pubblicazione del bando

Tipologia misure

promozione dell'etica; semplificazione; trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Utilizzo della piattaforma informatizzata SATER (sistema acquisti telematici ER) - trasmissione SITAR secondo normativa - pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale Italiana - P102AUSLBO

*Classificazione del rischio***A-alto**

1. GENERALI

Aggiudicazione della gara

eventi rischiosi

Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.
Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.
Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori economici o di gare con unica offerta valida.

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Utilizzo di documenti standard; sottoscrizione da parte dei concorrenti dei protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento di clausola risolutiva di contratto in caso di gravi inosservanze di clausole contenute in tali documenti.

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; promozione dell'etica; regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO "Acquisizione forniture e servizi"

Classificazione del rischio

A-alto

1. GENERALI

Stipula del contratto

eventi rischiosi

Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria
Immotivato ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.
Ricevimento informazioni antimafia interdittive. Nomina dei DEC individuati dai Direttori Gestori del contratto, ma in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza.

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Procedure informatizzate; sistema AVUCIPASS; funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti in archivio informatizzato; verbalizzazione sedute di gara; check list controllo pubblicazione del bando

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

controllo; promozione dell'etica; regolamentazione

Evidenze documentali

Classificazione del rischio

M-medio

Predisposizione atti di gara

eventi rischiosi

Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione, definizione di requisiti tecnici ed economici, di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi atti a disincentivare la partecipazione, agevolare determinati concorrenti, avvantaggiare il fornitore uscente. Cause di incompatibilità del Gruppo di Lavoro in relazione allo specifico oggetto di gara; Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative

Misure Specifiche
ATTUATE

Utilizzo documenti standard; utilizzo della consultazione preliminare del mercato pubblicizzata e regolamentata; sottoscrizione all'impegno alla riservatezza.

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione

controllo; promozione dell'etica; regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi

Classificazione del rischio

A-alto

SAO

1. GENERALI

Rimborso ticket Pronto Soccorso mancata fruizione prestazione/riconoscimento diritto all'esenzione

Classificazione del rischio

2. SPECIFICHE

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-accreditati

Classificazione del rischio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Valutazione scorretta o inappropriata al fine di favorire o sfavorire l'utente. Errore materiale di digitazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamenti operativi; procedure informatizzate

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato Ises BackOffice - Adiuvat - GAAC

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Non rilevabile per accreditamento regionale sulla necessità di fabbisogno aziendale. Non rilevabile in quanto la convenzione contiene modello di riclassificazione del bilancio e analisi costi.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento Aziendale, Sistemi Informatizzati

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GAAC. Sistema informatizzato Centrale 118 e COU.

2. SPECIFICHE

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore

Classificazione del rischio

2. SPECIFICHE

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

Classificazione del rischio

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Erronea definizione del fabbisogno

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento Aziendale, Sistemi
Informatizzati

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Rapporto quadro di convenzione. Schede progetto. Schede di rilevazione attività svolta.

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Rilevazione di un fabbisogno non coerente con la reale necessità.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

regolamento Aziendale; Sistemi
Informatizzati

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GAAC

2. SPECIFICHE

Gestione delle convenzioni per servizi di trasporto con Terzo Settore-non accreditati

Classificazione del rischio

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi

Verifica della impossibilità di aumentare l'attività da parte dei soggetti accreditati. Verifica della presenza di associazione di volontariato che possono essere in grado di effettuare l'attività richiesta.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale; supervisione.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GAAC. Sistema informatizzato Centrale e COU.

SIMT

1. GENERALI

Gestione del Finanziamento al Sistema Trasfusionale (ex Legge 219/2005)

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Uso distorto della discrezionalità; elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controlli; pilotamento di attività al fine concedere privilegi o favori. Acquisto di un bene/servizio per favorire un determinato operatore economico. Obiettivo con scadenza dilazionata nel tempo e difficoltà a rendicontarlo annualmente. Rendicontazione errata.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Condivisione fasi procedurali;
Regolamentazione

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Individuazione del c.d.c specifico SIMT - adozione di tutte le procedure aziendali delle macroarticolazioni coinvolte

2. SPECIFICHE

Gestione delle convenzioni per servizi accessori con Terzo Settore (convenzione AVIS-FIDAS)

Classificazione del rischio

A-alto

2. SPECIFICHE

Acquisto di prestazioni sanitarie, non sanitarie e servizi

Classificazione del rischio

A-alto

SOCs

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi		
	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	Sistema informatizzato
		Evidenze documentali
		Sistema informatizzato GAAC.
		Tipologia misure
		promozione dell'etica; trasparenza
		regolamentazione

2.2 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

eventi rischiosi		
	Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Trasparenza
	Misure Specifiche ATTUATE	Sistema informatizzato
		Evidenze documentali
		Sistema informatizzato GAAC - Codice identificativo unità ematica
		Tipologia misure
		promozione dell'etica; trasparenza
		regolamentazione

1. GENERALI

Incarichi di funzione

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

CCNNLL - PG n. 1628 del 07.01.2022 - DELI n. 80 del 11.03.2021

1. GENERALI

Dirigenza-strutture e incarichi gestionali

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

ERRONEA INTERPRETAZIONE DEI CRITERI DI GRADUAZIONE

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

CCNNLL - PG n. 1626 del 07.01.2022 - Accordo incarichi 09.03.2022 AREA SAN - Valorizz. incarichi SPTA 28.08.2018 - Verbale di Accordo valorizzazione incarichi 2017 SPTA - Accordo AS dir_pta 2011

1. GENERALI

Processo di budget e valutazione della Performance

Classificazione del rischio

B-basso

1.8 Controllo di Gestione, Budget e Performance

eventi rischiosi
non rilevabili

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Documenti di programmazione Regionale e Nazionali e Aziendale: DGR di Mandato del DG

SUMAEP

1. GENERALI

Trattamento economico del personale titolare di Borsa di studio

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Predeterminazione dei criteri di quantificazione

controllo

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time - Procedura interna per rotazione tra il personale che inserisce e il personale che controlla i dati. Delibera/Determina

1. GENERALI

Trattamento voci accessorie - Gestione del sistema incentivante

Classificazione del rischio

B-basso

1. GENERALI

Trattamento voci accessorie - Rimborsi Missioni

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale.

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

regolamentazione

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time con controlli pre/post calcolo

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri. Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti. Illegittimo controllo della sussistenza dei requisiti necessari per il rimborso- Illegittima erogazione del rimborso

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

Evidenze documentali

Deli n. 394/2010 "Regolamento per la disciplina del trattamento di trasferta del personale dipendente." - Utilizzo VHR Time

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Trattamento economico -
Cedolino stipendiale

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Non rilevabile.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Accessi profilati e tracciati; controllo preventivo di compatibilità con tetti massimi di compenso aziendali

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time con controllo degli scarti <40% rispetto al mese precedente,,

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Trattamento economico del
personale titolare di Contratto
di Collaborazione Coordinata
e Ccontinuativa

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Predeterminazione dei criteri di quantificazione

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time - Procedura interna per rotazione tra il personale che inserisce e il personale che controlla i dati. Delibera/Determina

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

controllo

Trattamento voci accessorie -
Compensi da LP

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time con controlli specifici sulle singole difformità rispetto al mese precedente

Tipologia misure

Trattamento voci accessorie -
Trattamento economico legato alle presenze in servizio

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri, omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time con controlli specifici sulle singole difformità rispetto al mese precedente

Tipologia misure

1. GENERALI

**Trattamento economico -
progressione
orizzontale/verticale**

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time, Delibera/Determina

1. GENERALI

**Trattamento voci accessorie -
Compensi commissioni
concorso**

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time - Procedura interna per rotazione tra il personale che inserisce e il personale che controlla i dati.

Trattamento economico -
Inserimento nuovi assunti

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Attribuzione di un inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto. Mancato riconoscimento dell'anzianità.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time - Procedura interna per rotazione tra il personale che inserisce e il personale che controlla i dati

Tipologia misure

Trattamento economico -
Inserimento di conferimento
d'incarichi

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui per il quale sussiste un rapporto diretto/indiretto.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Evidenze documentali

Utilizzo VHR Time - Procedura interna per rotazione tra il personale che inserisce e il personale che controlla i dati

Tipologia misure

1. GENERALI

Conferimento di incarico di struttura complessa del ruolo sanitario

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamentazione specifica

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

regolamentazione

Evidenze documentali

1. GENERALI

Comandi, distacchi, collaborazioni, avvalimento (in entrata)

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Discrezionalità nell'individuazione del professionista

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

Evidenze documentali

REGOLAMENTO DA FARE SUGGERIMENTO DALLA UO

1. GENERALI

Mobilità diretta in entrata tra P.A.

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Definizione dei requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Monitoraggio della corretta
definizione del fabbisogno;
Regolamentazione specifica

Evidenze documentali

Tipologia misure

promozione dell'etica;
trasparenza

controllo; regolamentazione

1. GENERALI

Procedura comparativa per il conferimento di contratto di lavoro autonomo, di collaborazione e di borsa di studio

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione. Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina
conflitto di interesse del Personale
(GRU); Rotazione e misure alternative;
Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Monitoraggio della corretta
definizione del fabbisogno;
disciplina specifica conflitto di
interesse

Evidenze documentali

Regolamento borse di studio

Tipologia misure

disciplina conflitto di
interesse; promozione
dell'etica; rotazione;
trasparenza

controllo; disciplina conflitto
di interesse

1. GENERALI

Procedura selettiva per il conferimento di incarico dirigenziale, (Professional, Alta Specializzazione, SSD, UOS) incarichi di funzione e incarichi di coordinamento

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Previsione di requisiti di accesso personalizzanti - violazione delle norme in materia di avanzamenti - predisposizione di bando con requisiti mirati a favorire un partecipante. Omissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti - valutazioni non corrette/inique dei requisiti di ammissione. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità della selezione, predeterminazione dei criteri di valutazione. Esercizio abusivo/fraudolento di un potere discrezionale - alterazione della graduatoria.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno; disciplina specifica conflitti di interesse

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse

Evidenze documentali

1. GENERALI

Selezione dal Centro per l'Impiego

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto ed indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

Evidenze documentali

1. GENERALI

Valutazioni quinquennali e quindicennali

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Scorretta autovalutazione/valutazione

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento aziendale:
partecipazione dell'interessato al
procedimento; motivazione della
graduazione.

controllo;
regolamentazione;
sensibilizzazione/partecipazione

Evidenze documentali

1. GENERALI

Progressioni orizzontali e verticali del personale dipendente

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Irregolare verifica dei requisiti di ammissione.
Irregolare individuazione dei componenti della
commissione. Individuazione di prove volte a
favorire un determinato candidato. Scorretta
valutazione dei titoli di esperienza e studio.
Violazione delle procedure per favorire
individui con i quali sussiste un collegamento
diretto e indiretto
Inosservanza dell'imparzialità della selezione.
Applicazione scorretta dei criteri di valutazione
predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti
di accesso.

Misure Generali
ATTUATE

Misure Specifiche
ATTUATE

Tipologia misure

Evidenze documentali

Regolamento delle progressioni verticali.

Affidamento incarichi di sostituzione

Classificazione del rischio

eventi rischiosi

Verifica non adeguata.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno; disciplina specifica conflitti di interesse

Evidenze documentali

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse

Conferimenti incarichi ex art. 15-septies

Classificazione del rischio

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno; disciplina specifica conflitti di interesse

Evidenze documentali

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse

1. GENERALI

Procedura selettiva per la costituzione di rapporti di lavoro subordinato di dipendenza

Classificazione del rischio

1.2 ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

eventi rischiosi

Definizione di requisiti di partecipazione "personalizzanti". Irregolare verifica dei requisiti di ammissione. Irregolare individuazione dei componenti della commissione. Individuazione di prove volte a favorire un determinato candidato. Scorretta valutazione dei titoli di esperienza e studio. Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto e indiretto. Inosservanza dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica. Applicazione scorretta dei criteri di valutazione predefiniti. Non appropriata verifica dei requisiti di accesso.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno; disciplina specifica conflitti di interesse

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

controllo; disciplina conflitto di interesse

Evidenze documentali

Sistema informatizzato GRU a livello regionale

SUMCF

1. GENERALI

Gestione delle uscite

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Mancata o scorretta verifica.

Misure Generali ATTUATE

Codice di Comportamento; Regolamentazione e disciplina dell'accesso"; Trasparenza

Misure Specifiche ATTUATE

Procedura informatizzata

Tipologia misure

controllo; promozione dell'etica; regolamentazione; trasparenza

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

GAAC - Procedure informatizzate per trasmissione ordinativi di pagamento Istituto Tesoriere - PO gestione degli incassi - Linee Guida regionali PAAC DGR 150/2015 - varie PO aziendali e interaziendali - INPS - AG Entrate - PCC

Gestione delle entrate*eventi rischiosi*

Non rilevabile per il SUMCF, ma eventuale per i gestori

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento;
Regolamentazione e disciplina
dell'accesso"; Rotazione e misure
alternative

*Misure Specifiche
ATTUATE*

Regolamento aziendale; procedure
informatizzate

Tipologia misure

controllo; promozione
dell'etica;
regolamentazione;
rotazione

regolamentazione

Evidenze documentali

GAAC - Lepida - AVELCO - Procedure informatizzate per importazione giornali di cassa Istituto Tesoriere - Regolamento recupero crediti - PO gestione degli incassi - Linee Guida regionali PAAC DGR 150/2015 " - varie PO aziendali e interaziendali

*Classificazione del rischio***B-basso****SUME****Programma biennale Acquisti***eventi rischiosi*

Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità quali:
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto,
- reiterazione di specifici interventi che non approdano -all'avvio di procedura di gara
- mancata risposta alla richiesta di fabbisogno con mancata previsione nella programmazione

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento; Rotazione
e misure alternative; Trasparenza

*Misure Specifiche
ATTUATE*

Reporting: verifica dello storico dei consumi per categoria merceologica e la contestuale stima quantitativa annua per singolo articolo; linee guida/istruzioni operative.

Tipologia misure

promozione dell'etica;
rotazione; trasparenza

controllo;
regolamentazione;
sensibilizzazione/partecipazione

*Evidenze documentali**Classificazione del rischio***B-basso**

1. GENERALI

Fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Trasparenza

Tipologia misure

disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori.

regolamentazione

Evidenze documentali

Delibera n. 185 del 22/05/2017 "Approvazione modalità operativa di applicazione relativa agli affidamenti di valore < 40,000" - P34AUSLBO "Gestione dei beni di consumo - economato"

1. GENERALI

Esecuzione del contratto - Acquisti mediante emissione ordini su contratto

Classificazione del rischio

M-medio

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Mancata o insufficiente effettuazione delle verifiche; conflitto di interesse del DEC; alterazione o emissione di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati; rilascio di certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure informatizzate; regolamento aziendale

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Utilizzo del sistema informatizzato GAAC - P096AUSLBO Esecuzione contratto

Gestione Cassa Economale

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

*eventi rischiosi*Riconoscimento rimborso di spese personali -
rimborso di spese non inerenti all'Azienda*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento

*Tipologia misure*promozione dell'etica;
rotazione*Misure Specifiche
ATTUATE*

Regolamento cassa economale.

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

P121 "Procedura di cassa economale"

**Cessione dei beni dismessi
ad enti senza scopo di lucro**

Classificazione del rischio

M-medio

1.3 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

eventi rischiosi

Scelta arbitraria di uno specifico ente

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento

Tipologia misure

promozione dell'etica

*Misure Specifiche
ATTUATE*Regolamento inventario; procedure
informatizzate.

controllo; regolamentazione

*Evidenze documentali*Regolamento aziendale - Delibera N. 122 del 29.3.2019 "Promozione dell'utilizzo del
Patrimonio mobiliare dismesso: indicazioni operative"

Gestione dell'inventario dei beni immobili e mobili ad utilità pluriennale, materiali ed immateriali

Classificazione del rischio

B-basso*eventi rischiosi*

Inserimento di valori d'inventario non corrispondenti alla documentazione contabile di riferimento

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Procedure Informatizzate;
regolamento aziendale.

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Regolamento inventario - Delibera 201 del 1.6.2017 "evisione delle immobilizzazioni materiali in Inventario"

Gestione delle dismissioni di beni in inventario

Classificazione del rischio

B-basso*eventi rischiosi*

Stralcio dall'inventario di beni da non dismettere

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamento inventario; procedure
informatizzate.

Tipologia misure

promozione dell'etica

controllo; regolamentazione

Evidenze documentali

Regolamento inventario - Delibera 201 del 1.6.2017 "evisione delle immobilizzazioni materiali in Inventario"

Analisi e definizione del fabbisogno

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali: Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione; definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto dal medesimo fornito.

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento	Tipologia misure promozione dell'etica
	Reporting.	controllo
Evidenze documentali		

Esecuzione del contratto

Classificazione del rischio
M-medio

eventi rischiosi
Alterazioni o omissioni di controlli al fine di perseguire interessi privati. Rilascio di certificati di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici. Mancata denuncia di difformità e vizi. Abusivo ricorso dell'ampiamiento del 20 % per favorire il fornitore.

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Trasparenza	Tipologia misure promozione dell'etica; trasparenza
	Procedure informatizzate; regolamento aziendale	controllo; regolamentazione
Evidenze documentali		
P096AUSLBO Esecuzione contratto		

1. GENERALI

Predisposizione atti di gara

Classificazione del rischio

B-basso

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Stesura di atti di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore.

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Rotazione e misure alternative; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; rotazione; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

disciplina del conflitto di interessi; regolamento aziendale

disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi

1. GENERALI

Predisposizione atti per fornitura di beni e servizi di valore < 40.000

Classificazione del rischio

A-alto

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

eventi rischiosi

Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Trasparenza

Tipologia misure

promozione dell'etica; trasparenza

Misure Specifiche
ATTUATE

Regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori.
Disciplina del conflitto di interessi

disciplina conflitto di interesse; regolamentazione

Evidenze documentali

P102AUSLBO Procedura Acquisizione Forniture e Servizi Delibera n. 185 del 22/05/2017 "Approvazione modalità operativa di applicazione relativa agli affidamenti di valore < 40,000" - P34AUSLBO "Gestione dei beni di consumo - economato"

1. GENERALI

1.1 CONTRATTI PUBBLICI

Definizione dei criteri di gara

Classificazione del rischio
B-basso

eventi rischiosi
Scelta dei criteri di gara mirata al fine di favorire un determinato operatore economico.

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU); Rotazione e misure alternative; Trasparenza	disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica; rotazione; trasparenza
Misure Specifiche ATTUATE	Reporting sulla partecipazione alla redazione del capitolato di gara e dei componenti dei gruppi tecnici.	controllo
Evidenze documentali		

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
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

Misure Generali ATTUATE	Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)	disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica
Misure Specifiche ATTUATE	- 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 corso).	controllo; sensibilizzazione/partecipazione
Evidenze documentali		

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersicurezza)

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
Ritardo od omissione fraudolenta di risoluzione del guasto o di risoluzione di evento di Cybersecurity

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Tipologia misure
disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

- Implementazione di procedure di ripristino e formazione del personale

regolamentazione; semplificazione

Evidenze documentali

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza

Classificazione del rischio

eventi rischiosi
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

Misure Generali
ATTUATE

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Tipologia misure
disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

Misure Specifiche
ATTUATE

backup dei dati giornalieri.
Suddivisione dei compiti operativi fra più interlocutori secondo il principio del mutuo controllo.

controllo

Evidenze documentali

3. ALTRE AREE DI RICHIO SPECIFICHE

Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati

Classificazione del rischio

eventi rischiosi

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 vantaggio;

*Misure Generali
ATTUATE*

Codice di Comportamento; Disciplina conflitto di interesse del Personale (GRU)

Tipologia misure

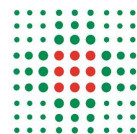
disciplina conflitto di interesse; promozione dell'etica

*Misure Specifiche
ATTUATE*

- 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 corso).

controllo;
sensibilizzazione/partecipazione

Evidenze documentali



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sottosezione
Rischi corruttivi e trasparenza
(Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027)

Allegato 6
Mappa ricognitiva obblighi di pubblicazione

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
1 Disposizioni generali	1.1 Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1.1.1 Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	1.1.1.a 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) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	AT	in essere	
1 Disposizioni generali	1.2 Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	1.2.1 Riferimenti normativi su organizzazione e attività	1.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito "Normattiva" - Entro 30 gg dalla conoscenza	AGL ISN LP SAAV SAO SIMT TIC	in essere	
1 Disposizioni generali	1.2 Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	1.2.2 Atti amministrativi generali	1.2.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'adozione	AGL AT DAATO DASS GCRFSQ ISN LP PAA SAAV SAO SIMT SOGO SUMAEP SUMAGP SUME TIC DATER	in essere	
1 Disposizioni generali	1.2 Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	1.2.3 Documenti di programmazione strategico- gestionale	1.2.3.a Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	DASS GCRFSQ ISN PeC	in essere	
1 Disposizioni generali	1.2 Atti generali	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	1.2.4 Statuti e leggi regionali	1.2.4.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	AGL ISN LP SAAV TIC SIMT	in essere	
1 Disposizioni generali	1.2 Atti generali	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	1.2.5 Codice disciplinare e codice di condotta	1.2.5.a 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	SUMAGP	in essere	
1 Disposizioni generali	1.3 Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	1.3.1 Scadenario obblighi amministrativi	1.3.1.a 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		-	non applicabile	
1 Disposizioni generali	1.3 Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	1.3.2 Oneri informativi per cittadini e imprese	1.3.2.a Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
1 Disposizioni generali	1.4 Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	1.4.1 Burocrazia zero	1.4.1.a 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 d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
1 Disposizioni generali	1.4 Burocrazia zero	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	1.4.2 Attività soggette a controllo	1.4.2.a 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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	2.1.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	2.1.1.a Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.a Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.b Curriculum vitae	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.c Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.g 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]	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.h 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)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.i 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	2.1.2 Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	2.1.2.l 4) 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)]	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.a Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.b Curriculum vitae	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.c Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.g 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]	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.h 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)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.i 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	2.1.3 Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	2.1.3.l 4) 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)]	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.a Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.b Curriculum vitae	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.c Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.g 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)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.h 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.1 Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	2.1.4 Cessati dall'incarico	2.1.4.i 4) 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)]	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.2 Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	2.2.1 Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	2.2.1.a 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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.3 Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	2.3.1 Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	2.3.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.3 Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	2.3.2 Atti degli organi di controllo	2.3.2.a Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
2 Organizzazione	2.4 Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2.4.1 Articolazione degli uffici	2.4.1.a Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla comunicazione del cambiamento	COM	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
2 Organizzazione	2.4 Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2.4.2 Organigramma	2.4.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla comunicazione del cambiamento	SOGO	in essere	
2 Organizzazione	2.4 Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2.4.2 Organigramma	2.4.2.b Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla comunicazione del cambiamento	SOGO	in essere	
2 Organizzazione	2.5 Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2.5.1 Telefono e posta elettronica	2.5.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla comunicazione del cambiamento	AGL COM	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza		3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.0 Per ciascun titolare di incarico: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 90 gg dal conferimento dell'incarico e comunque prima del pagamento	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.b 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.e Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'invio della tabella alla Funzione Pubblica	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
3 Consulenti e collaboratori	3.1 Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	3.1.1 Consulenti e collaboratori	3.1.1.f Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	entro 90 gg dal conferimento dell'incarico e comunque prima del pagamento	AGL GCRFSQ ISN SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.0 Per ciascun titolare di incarico: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.a Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.b Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.c 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.g 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)		-	non applicabile	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.h 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		-	non applicabile	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.i 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		-	non applicabile	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.l Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.m 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	AGL	in essere	
4 Personale	4.1 Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	4.1.1 Incarichi amministrativi di vertice	4.1.1.n Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.0 Per ciascun titolare di incarico: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.a Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dal conferimento incarico	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.b Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dal conferimento incarico	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.c 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/06	SUMAEP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.g 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)		-	non applicabile	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.h 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		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.i 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		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.l Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.m Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	entro 31 gennaio	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	4.2.1 Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	4.2.1.n Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	4.2.2 Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	4.2.2.a 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 d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	4.2.3 Posti di funzione disponibili	4.2.3.a Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo		-	non applicabile	
4 Personale	4.2 Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	4.2.4 Ruolo dirigenti	4.2.4.a Ruolo dei dirigenti	Annuale		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.0 Per ciascun titolare di incarico: (vedi elenco analitico obblighi)					
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.a Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.b Curriculum vitae	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.c Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.d Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.e Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.f Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.g 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 dichairazione [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		-	non applicabile	
4 Personale	4.3 Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4.3.1 Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	4.3.1.h 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).		-	non applicabile	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
4 Personale	4.4 Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	4.4.1 Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	4.4.1.a 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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'emissione del provvedimento sanzionatorio	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.5 Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	4.5.1 Posizioni organizzative	4.5.1.a Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.6 Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	4.6.1 Conto annuale del personale	4.6.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP	in essere	
4 Personale	4.6 Dotazione organica	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	4.6.2 Costo personale tempo indeterminato	4.6.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP	in essere	
4 Personale	4.7 Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	4.7.1 Personale non a tempo indeterminato	4.7.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.7 Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	4.7.2 Costo del personale non a tempo indeterminato	4.7.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	La pubblicazione avviene entro la fine del mese successivo al trimestre	SUMAEP	in essere	
4 Personale	4.8 Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	4.8.1 Tassi di assenza trimestrali	4.8.1.a Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	SUMAGP	in essere	
4 Personale	4.9 Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	4.9.1 Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	4.9.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	GCRFSQ LP	in essere	
4 Personale	4.10 Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	4.10.1 Contrattazione collettiva	4.10.1.a Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
4 Personale	4.11 Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	4.11.1 Contratti integrativi	4.11.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale	AGL	in essere	
4 Personale	4.11 Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	4.11.2 Costi contratti integrativi	4.11.2.a Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, 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 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale	SUMAEP	in essere	
4 Personale	4.12 OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4.12.1 OIV	4.12.1.a Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla nomina	AT	in essere	
4 Personale	4.12 OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4.12.1 OIV	4.12.1.b Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla nomina	AT	in essere	
4 Personale	4.12 OIV	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	4.12.1 OIV	4.12.1.c Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla nomina	AT	in essere	
5 Bandi di concorso	5.1 Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	5.1.1 Bandi di concorso	5.1.1.a Fermi restando gli altri obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni pubblicano i bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione, nonché i criteri di valutazione della Commissione, le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	5 gg per pubblicazione del bando. 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	SUMAGP	in essere	
6 Performance	6.1 Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	6.1.1 Sistema di misurazione e valutazione della Performance	6.1.1.a Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	PeC SOGO	in essere	
6 Performance	6.2 Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	6.2.1 Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	6.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	PeC	in essere	
6 Performance	6.3 Relazione sulla Performance		6.3.1 Relazione sulla Performance	6.3.1.a Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	PeC	in essere	
6 Performance	6.4 Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	6.4.1 Ammontare complessivo dei premi	6.4.1.a Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla chiusura del bilancio dell'anno in cui si eroga il saldo	SUMAEP	in essere	
6 Performance	6.4 Ammontare complessivo dei premi		6.4.1 Ammontare complessivo dei premi	6.4.1.b Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla chiusura del bilancio dell'anno in cui si eroga il saldo	SUMAEP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
6 Performance	6.5 Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	6.5.1 Dati relativi ai premi	6.5.1.a Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	AGL	in essere	
6 Performance	6.5 Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	6.5.1 Dati relativi ai premi	6.5.1.b 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, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla chiusura del bilancio dell'anno in cui si eroga il saldo	SUMAEP	in essere	
6 Performance	6.5 Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	6.5.1 Dati relativi ai premi	6.5.1.c Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dalla chiusura del bilancio dell'anno in cui si eroga il saldo	SUMAEP	in essere	
6 Performance	6.6 Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	6.6.1 Benessere organizzativo	6.6.1.a Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati		7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.2.1.0 Per ciascun ente: (vedi elenco analitico obblighi)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.b 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.c 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.d 3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.e 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.f 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.g 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.h 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.i Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.l Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.1 Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	7.1.1 Enti pubblici vigilati	7.1.1.m Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate		7.2.1 Dati società partecipate	Per ciascuno delle società partecipate: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.b 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.c 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.d 3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.e 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.f 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.g 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.h 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.i Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.l Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	7.2.1 Dati società partecipate	7.2.1.m Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	7.2.2 Provvedimenti	7.2.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	7.2.2 Provvedimenti	7.2.2.b 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.2 Società partecipate	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	7.2.2 Provvedimenti	7.2.2.c 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	AGL	in essere	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati		7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.0 Per ciascuno degli enti: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.b 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.c 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.d 3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.e 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.f 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.g 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.h 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.i Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.l Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.3 Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	7.3.1 Enti di diritto privato controllati	7.3.1.m Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	non presente fattispecie	
7 Enti controllati	7.4 Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	7.4.1 Rappresentazione grafica	7.4.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30/6 di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	AGL	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.1 Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	8.1.1 Dati aggregati attività amministrativa	8.1.1.a 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		-	abrogato	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento		8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.0 Per ciascuna tipologia di procedimento: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.a 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AUL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.b 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AUL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.c 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.d 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.e 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AUL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AUL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.l 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del verSAAVento 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 verSAAVento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.m 11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.n 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
8 Attività e procedimenti	8.2 Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	8.2.1 Tipologie di procedimento	8.2.1.o 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	AGL AT CGRPA DASS DATER DAATO DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DSP DTP GCRFSQ ICL ISN LP MLRM PAA PACP PASS PAT PeC SAAV SAO SOGO SIA SIMT SUMAEP SUMAGP	in essere	
8 Attività e procedimenti	8.3 Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	8.3.1 Monitoraggio tempi procedurali	8.3.1.a Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
8 Attività e procedimenti	8.4 Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	8.4.1 Recapiti dell'ufficio responsabile	8.4.1.a 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		Entro 30 gg da eventuali variazioni	AT	in essere	
9 Provvedimenti	9.1 Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	9.1.1 Provvedimenti organi indirizzo politico	9.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	contestuale all'adozione del provvedimento	AGL AT CGRPA DAATO DRO DSP DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DFI DTP DASS ISN LP MLRM PACP PAT SAO SIMT SUMAEP SUMAGP	in essere	
9 Provvedimenti	9.1 Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	9.1.1 Provvedimenti organi indirizzo politico	9.1.1.b 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		-	abrogato	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
9 Provvedimenti	9.2 Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	9.2.1 Provvedimenti dirigenti amministrativi	9.2.1.a 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 (link 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, d.lgs. n. 33/2013)	contestuale all'adozione del provvedimento	DA DAATO DASS DRO DSTAB DSTCB DSTPE DSTPO DSTRLS DSTSLS DSM DSP DTP ICL ISN LP PACP PAT PASS SAAV SAO SOGO SUMAEP SUMAGP SUME TIC	in essere	
9 Provvedimenti	9.2 Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	9.2.1 Provvedimenti dirigenti amministrativi	9.2.1.b 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		-	abrogato	
10 Controlli sulle imprese	10.1 Controlli sulle imprese	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	10.1.1 Tipologie di controllo	10.1.1.a 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	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
10 Controlli sulle imprese	10.1 Controlli sulle imprese	Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	10.1.2 Obblighi e adempimenti	10.1.2.a Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		-	abrogato	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	11.3.1	11.3.1.1 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	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	11.3.1	11.3.1.2 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	DTP	non presente fattispecie (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	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)	11.3.1	11.3.1.3 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	DTP SAAV	non presente fattispecie (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	11.3.1	11.3.1.4 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 (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	11.3.1	11.3.1.5 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 (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	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	11.3.1	11.3.1.6 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 28/02 di ogni anno	DTP DSP ISN PACP PASS SAAV SUME SAO	in essere (264/23)	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	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	11.4.2 Pubblicazione	11.4.2.1 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	DTP	non presente fattispecie (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	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)	11.4.2 Pubblicazione	11.4.2.2 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	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	11.4.3 Affidamento	11.4.3.1 Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	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 l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	11.4.3 Affidamento	11.4.3.2 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	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.3 Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	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	11.3.3 Affidamento	11.3.3.3 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 (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		non applicabile (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	11.4.4 Esecutiva	11.4.4.1 Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	DSP DTP ICL ISN PASS SUME TIC	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	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)	11.4.4 Esecutiva	11.4.4.2 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	DSP DTP ICL ISN PASS SUME TIC	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	11.4.5 Sponsorizzazioni	11.4.5.1 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	DSP DTP ICL ISN SAO TIC	in essere (264/23)	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	11.4.6 Procedure di somma urgenza e di protezione civile	11.4.6.1 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 prezzari 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	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	11.4.7 Finanza di progetto	11.4.7.2 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	DTP SAAV	in essere (264/23)	
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; allegato 5 comma 7 d.lgs 36/2023	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	DTP SAAV		
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e e art. 85 d.lgs 36/2023 e allegato II.1 art.	Avvisi di preinformazione e indagini di mercato	avvisi di preinformazione indagini di mercato	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	DTP SAAV		
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura		esito della procedura	determine di aggiudicazione	Tempestivo	contestulamente all'adozione dell'atto	DTP SAAV		
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura		Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto	determine/note a contrarre (ex art.17 comma 2 e art 50 comma 1 lettera A-b) D.lgs 36/2023)	Tempestivo	contestulamente all'adozione dell'atto	DTP SAAV ICL ISN PASS SAAV SUME TIC DSP		
11 Bandi di gara e contratti	11.4 atti e documenti pubblicati per ogni singola procedura		atti di annullamento o revoca	determine di annullamento/revoca		30 giorni dall'adozione provvedimento	DTP SAAV ICL ISN PASS SAAV SUME TIC DSP		
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.1 Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	12.1.1 Criteri e modalità	12.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione		12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.0 Per ciascun atto: (vedi elenco analitico obblighi)			(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.b 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.c 2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.d 3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.e 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.f 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.g 6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.h 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
12 Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.2 Atti di concessione	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	12.2.1 Atti di concessione (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)	12.2.1.i 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 31/1 dell'anno successivo	DAATO PASS DSP DFI SUMCF GCRFSQ	in essere	
13 Bilanci	13.1 Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	13.1.1 Bilancio preventivo	13.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione	PeC	in essere	
13 Bilanci	13.1 Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	13.1.1 Bilancio preventivo	13.1.1.b 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, d.lgs. n. 33/2013)		PeC	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
13 Bilanci	13.1 Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	13.1.2 Bilancio consuntivo	13.1.2.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione	SUMCF	in essere	
13 Bilanci	13.1 Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	13.1.2 Bilancio consuntivo	13.1.2.b 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, d.lgs. n. 33/2013)		SUMCF	in essere	
13 Bilanci	13.2 Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	13.2.1 Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	13.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
14 Beni immobili e gestione patrimonio	14.1 Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	14.1.1 Patrimonio immobiliare	14.1.1.a Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimeto	PAT	in essere	
14 Beni immobili e gestione patrimonio	14.2 Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	14.2.1 Canoni di locazione o affitto	14.2.1.a Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimeto	PAT	in essere	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.1 Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.1.1 Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	15.1.1.a Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere ANAC	Sulla base delle delibere A.N.AC.	AT	in essere	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.1 Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.1.1 Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	15.1.1.b Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		-	non applicabile	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.1 Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.1.1 Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	15.1.1.c 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	SOGO	in essere	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.1 Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.1.1 Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	15.1.1.d 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	AT	in essere	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.2 Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.2.1 Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	15.2.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	SUMCF PeC	in essere	
15 Controlli e rilievi sull'amministrazione	15.3 Corte dei conti	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	15.3.1 Rilievi Corte dei conti	15.3.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla conoscenza / comunicazione del rilievo	SUMCF	in essere	
16 Servizi erogati	16.1 Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	16.1.1 Carta dei servizi e standard di qualità	16.1.1.a Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione (o immediato tramite link a specifica sezione del sito)	GCRFSQ	in essere	
16 Servizi erogati	16.2 Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	16.2.1 Class action	16.2.1.a 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	AGL	non presente fattispecie	
16 Servizi erogati	16.2 Class action	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	16.2.1 Class action	16.2.1.b Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	AGL	non presente fattispecie	
16 Servizi erogati	16.2 Class action	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	16.2.1 Class action	16.2.1.c Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza	AGL	non presente fattispecie	
16 Servizi erogati	16.3 Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	16.3.1 Costi contabilizzati	16.3.1.a Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 giorni dall'adozione del bilancio di esercizio	PeC	in essere	
16 Servizi erogati	16.4 Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	16.4.1 Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)	16.4.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	GPS DRO	in essere	
16 Servizi erogati	16.5 Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	16.5.1 Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	16.5.1.a 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	TIC	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.1 Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	17.1.1 Dati sui pagamenti	17.1.1.a Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)		-	non applicabile	
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.2 Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	17.2.1 Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata	17.2.1.a 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	SUMCF	in essere	
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.3 Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	17.3.1 Indicatore di tempestività dei pagamenti	17.3.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il mese successivo all'anno di riferimento	SUMCF	in essere	
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.3 Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	17.3.1 Indicatore di tempestività dei pagamenti	17.3.1.b Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	SUMCF	in essere	
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.3 Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	17.3.2 Ammontare complessivo dei debiti	17.3.2.a Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	SUMCF	in essere	
17 Pagamenti dell'amministrazione	17.4 IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	17.4.1 IBAN e pagamenti informatici	17.4.1.a Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del verSAAVento 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla modifica	SUMCF	in essere	
18 Opere pubbliche	18.1 Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	18.1.1 Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	18.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)		-	non applicabile	
18 Opere pubbliche	18.2 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	18.2.1 Atti di programmazione delle opere pubbliche	18.2.1.a Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'approvazione del bilancio	DTP	in essere	
18 Opere pubbliche	18.3 Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	18.3.1 Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	18.3.1.a Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DTP	in essere	
18 Opere pubbliche	18.3 Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	18.3.1 Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	18.3.1.b Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DTP	in essere	
19 Pianificazione e governo del territorio	19.1 Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	19.1.1 Pianificazione e governo del territorio	19.1.1.a Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
19 Pianificazione e governo del territorio	19.1 Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	19.1.1 Pianificazione e governo del territorio	19.1.1.b Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non attinente alle aziende sanitarie		-	non applicabile	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.1 Informazioni ambientali	20.1.2.0 Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali: (vedi elenco analitico obblighi)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.2 Stato dell'ambiente	20.1.2.a 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.3 Fattori inquinanti	20.1.3.a 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.4 Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	20.1.4.a 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, nonché 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.5 Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	20.1.5.a 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.6 Relazioni sull'attuazione della legislazione	20.1.6.a 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.7 Stato della salute e della sicurezza umana	20.1.7.a 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
20 Informazioni ambientali	20.1 Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	20.1.8 Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	20.1.8.a Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DSP	in essere	
21 Strutture sanitarie private accreditate	21.1 Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	21.1.1 Strutture sanitarie private accreditate	21.1.1.a Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	CGRPA SAO SIMT	in essere	
21 Strutture sanitarie private accreditate	21.1 Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	21.1.1 Strutture sanitarie private accreditate	21.1.1.b Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	31/3 per accordi sottoscritti anno precedente	CGRPA SAO SIMT	in essere	
22 Interventi straordinari e di emergenza	22.1 Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	22.1.1 Interventi straordinari e di emergenza	22.1.1.a 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, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dall'adozione	DTP ICL SUME SAAV TIC	in essere	
22 Interventi straordinari e di emergenza	22.1 Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	22.1.1 Interventi straordinari e di emergenza	22.1.1.b Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla fissazione dei termini	DTP ICL SUME SAAV TIC	in essere	
22 Interventi straordinari e di emergenza	22.1 Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	22.1.1 Interventi straordinari e di emergenza	22.1.1.c Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	AT DTP ICL SUME SAAV TIC	in essere	
22 Interventi straordinari e di emergenza	22.1 Interventi straordinari e di emergenza	Art. 99, co. 5, d.l. 34/2020	22.1.2 Rendicontazione erogazioni Covid-19	22.1.2.a Rendicontazione delle erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza Covid-19	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SUMCF	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	23.1.1 Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	23.1.1.a 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)	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	23.1.2 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	23.1.2.a Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	art. 54/bis D.lgs. 165/2001	23.1.3 Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	23.1.3.a Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	23.1.4 Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	23.1.4.a 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	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	23.1.5 Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	23.1.5.a 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 del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.1 Prevenzione della Corruzione	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	23.1.6 Atti di accertamento delle violazioni	23.1.6.a Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dall'atto di accertamento	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.2 Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	23.2.1 Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	23.2.1.a 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	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.2 Accesso civico	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	23.2.2 Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	23.2.2.a 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	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.2 Accesso civico	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	23.2.3 Registro degli accessi	23.2.3.a 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	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.4 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	23.4.1 Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	23.4.1.a 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.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	TIC	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
23 Altri contenuti	23.4 Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	23.4.2 Regolamenti	23.4.2.a 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 31/3 di ogni anno	TIC	in essere	
23 Altri contenuti	23.4 Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	23.4.3 Obiettivi di accessibilità	23.4.3.a 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 31/3 di ogni anno	TIC	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	da definire caso per caso nelle specifiche situazioni		(vedi elenco analitico obblighi)	(vedi elenco analitico obblighi)	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	23.5.1 Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/200)	23.5.1.a Dati ulteriori 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	GCRFSQ	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	art. 2 c. 5 Legge 24/2017	23.5.2 Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento	23.5.2.a Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento	Annuale	31/3 per anno precedente	MLRM	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	art.11 c.2-quater L.3/2003	23.5.3 Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art.11 c.2-quater L.3/2003)	23.5.3.a Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art.11 c.2-quater L.3/2003)	Annuale	entro il 28 febbraio dell'anno successivo	DTP DSP ISN PACP PASS SAAV SUME	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori			23.5.4.a Provvedimenti ulteriori relativi al Bilancio	Tempestivo	entro 30 giorni dalla conoscenza del provvedimento	SUMCF	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori			23.5.5.a Privacy	Tempestivo	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento o disponibilità dell'informazione	AGL	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori			23.5.6.a Antiriciclaggio	Tempestivo	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	AT	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	DPCM del 24 settembre 2014	23.5.7 Censimento delle autovetture di servizio	23.5.7.a Censimento delle autovetture di servizio		Entro 30 gg dalla comunicazione dei dati al Dipartimento Funzione Pubblica	SUME	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	Linee guida sulla parità di genere del 6/10/2022	23.5.8 Trasparenza di genere	23.5.8.a 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	SOGO	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	PNA 2022 (pag.117)	23.5.9 Attuazione misure PNRR	23.5.9.a 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	Coordinatore cabina di regia PNRR	in essere	
23 Altri contenuti	23.5 Dati ulteriori	Art.9 c.6 ACN 17/12/2015 - Accordo Collettivo Nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie	23.5.10 Incarichi per area e ore di attività	23.5.10.a 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	PACP	in essere	

Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di effettivo aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Stato adempimento	Monitoraggi o - Tempistiche e responsabile (vedi nota)
* Nota al Monitoraggio tempistica e responsabilità: Monitoraggio di I livello - Responsabile di pubblicazione (semestrale) Monitoraggio di II livello - RPCT (semstrale)									