



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ausl_fe
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000149
DATA: 31/07/2025 21:07
OGGETTO: Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente provvedimento è stato firmato digitalmente da Natalini Nicoletta in qualità di Direttore Generale

Con il parere favorevole di Bentivegna Roberto - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Girotti Marinella - Direttore Amministrativo

Su proposta di Barbara Paltrinieri - UOC AFFARI ISTITUZIONALI - AREA LEGALITA E SICUREZZA che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-02]
- [01-01]
- [01-04]
- [01-12]
- [04-03]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- UOC FUNZIONI AMMINISTRATIVE DSP
- UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE
- UOC QUALITA E SVILUPPO ORGANIZZATIVO - AREA PROGR INTEGRATA
- RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA
- UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE
- UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI
- DIPARTIMENTO ASS INT LE SALUTE MENTALE DP
- UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE
- DIPARTIMENTO DI SANITA PUBBLICA
- DAI CURE PRIMARIE
- UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - AREA LEGALITA E SICUREZZA
- UO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO



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.



- UOC MEDICINA LEGALE - AREA LEGALITA E SICUREZZA
- UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO - AREA GIURIDICA
- UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - AREA PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
- UOC POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
- DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE TECNICO RIABILITATIVO DELLA PREVENZIONE E SOCIALE (DIREZIONE STRATEGICA)
- UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE (DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE)
- UOC GOVERNANCE ED INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE (DIREZIONE SANITARIA)
- UOC GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA (DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE)
- UO ICT - AREA INNOVAZIONE E SVILUPPO (DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE)
- UOC COORD INNOVAZIONE DIGITALE PROCESSI AMMINISTRATIVI E SANITARI AZIENDALI E DEI SERVIZI DI STAFF- AREA INNOVAZIONE E SVILUPPO (DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE)
- UOC AFFARI ISTITUZIONALI - AREA LEGALITA E SICUREZZA (DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE)
- DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE (DIREZIONE STRATEGICA)

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000149_2025_delibera_firmata.pdf	Bentivegna Roberto; Girotti Marinella; Natalini Nicoletta; Paltrinieri Barbara	CF1161CDE9993518D0EB4F8C5510BE7E C13DE5482BD024BB90C65279ECB5FCE6
DELI0000149_2025_Allegato1.pdf:		1DE207119A5F00E837C43B80FB02F34DA FAF7CEF4F36F1FE547250819D5D3086



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

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dalla Direttrice della UOC Affari Istituzionali, che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali formali e di legittimità del presente provvedimento;

Richiamate le seguenti disposizioni normative:

- Il D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. ad oggetto: "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1, L. 421/1992";
- Il D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. ad oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Il D.Lgs. n. 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";
- Il D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L. 113/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia (Decreto reclutamento) 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 Piano, 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. n. 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha introdotto il comma 7- bis al D.L. n. 80/2021 che stabilisce 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 DPR n. 81/2022 ad oggetto: "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione";
- Il DM n. 132/2022 ad oggetto "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione";



Richiamata la Legge regionale 16 luglio 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”

Richiamate:

- la DGR n. 990 del 19/06/2023 della Regione Emilia Romagna ad oggetto: “LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR” che dispone che le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR adottino, entro il 31 luglio 2023, il PIAO 2023-2025 in coerenza con le linee guida medesime;
- la DGR n. 973 del 23/06/2025 della Regione Emilia Romagna 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";

Rilevato che, in adempimento alle indicazioni impartite, si è proceduto alla redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027;

Considerato che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale è stato concepito e predisposto in forma integrata tra le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;

Dato atto che si procederà alla successiva pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 nel sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sotto sezione Disposizioni Generali/Atti Generali dell’Azienda Ausl di Ferrara, nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri istituito ai sensi dell’art.13 del DM sopra citato;

Ritenuto che il Piano che qui si approva soddisfi, in merito a struttura e contenuti previsti, il debito informativo dovuto in riferimento alle disposizioni sopra descritte e che, pertanto, sussistano tutti i necessari presupposti per procedere alla sua formale adozione;

Atteso che la Direttrice della UOC Affari Istituzionali proponente dichiara di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto che il presente provvedimento risponde ai principi della legittimità, opportunità e convenienza;

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dall Direttrice della UOC Affari Istituzionali proponente;

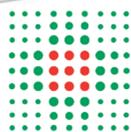


Delibera

1. Di adottare il documento denominato “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 delle indicazioni regionali ai sensi del comma 7-bis del D.L. n. 80/2021;
2. Di procedere, nel prosieguo, all’eventuale aggiornamento/revisione del predetto Piano nell’ipotesi in cui si verificano significativi cambiamenti organizzativi o ambientali nonché nel rispetto di quanto previsto dalle determinazioni che nel merito verranno assunte dalla Regione Emilia Romagna;
3. Di dare atto che i Piani attuativi delle diverse sezioni del PIAO potranno essere aggiornati senza la necessità di riadozione del PIAO stesso, in quanto ne rappresentano la specifica attuazione in coerenza con le linee strategiche ivi contenute;
4. 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” sottosezione Disposizioni Generali/Atti Generali, nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri istituito ai sensi dell’art.13 del DM sopra citato;
5. Di dare mandato alle strutture aziendali competenti per materia di procedere alla predetta fase di pubblicizzazione/diffusione nei termini innanzi circostanziati.

Responsabile del procedimento:

Barbara Paltrinieri



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



**Università
degli Studi
di Ferrara**

PIAO 2025 - 2027

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara
2025-2027

LUGLIO 2025

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY.....	1
1. PREMESSA.....	3
2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL’AZIENDA.....	6
Chi siamo – Azienda USL.....	6
La Missione – Azienda USL	6
La Visione Strategica – Azienda USL.....	6
Chi siamo – Azienda Ospedaliero Universitaria.....	7
La Missione – Azienda Ospedaliero Universitaria	8
La Visione Strategica – Azienda Ospedaliero Universitaria	8
Come operiamo (Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara).....	9
La Rete Ospedaliera.....	11
La Rete territoriale.....	11
Servizio di Emergenza Territoriale.....	11
Assistenza territoriale.....	11
Il contesto di riferimento.....	12
Contesto socio-demografico	12
Bisogni di salute.....	12
Contesto istituzionale delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	13
I cittadini singoli e associati.....	14
La Regione Emilia-Romagna.	14
L’Area Vasta Emilia Centro	14
La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e gli Enti Locali.....	15
Rapporti con l’Università	15
I produttori privati accreditati.....	15
I dati di attività.....	16
L’ospedalizzazione	16
Attività specialistica ambulatoriale	19
Pronto Soccorso.....	20
Le cure intermedie.....	22
Piano Nazionale Esiti.....	23
I dati economici	24
Il personale	33
3. SEZIONI E SOTTOSEZIONI DI PROGRAMMAZIONE: IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E DI PERFORMANCE.....	34
3.1. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELL’UTENTE	34

Sottosezione di Programmazione dell'accesso e della domanda	34
Sottosezione di Programmazione dell'integrazione.....	38
Sottosezione di Programmazione degli esiti	43
3.2. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI	47
Sottosezione di Programmazione della struttura dell'offerta e della produzione.....	47
Sottosezione di Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	52
Sottosezione di Programmazione dell'organizzazione.....	54
Sottosezione di Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.....	56
3.3. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	61
Sottosezione di Programmazione della ricerca e della didattica	61
3.4. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITA'	62
Sottosezione di Programmazione economico finanziaria	62
Sottosezione di Programmazione degli investimenti.....	64
4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	65
Performance aziendale / Valore pubblico.....	65
Performance organizzativa (budget / master budget).....	65
Performance individuale (sistema di valutazione integrato del personale).....	66
5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	69
Indicatori considerati per la stesura del PIAO - LEGENDA.....	79
6. DOCUMENTI ATTUATIVI DEL PIAO	85
Sottosezione dei Rischi Corruttivi e della Trasparenza	85
Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP).....	85
Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)	85
Piano delle Azioni Positive.....	86
Piano Aziendale Equità	86
Allegati	87

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano delle Performance delle Aziende USL ed Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per il triennio 2025-2027 deve tener conto da un lato delle caratteristiche demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche della popolazione residente in questo territorio e dall'altro del forte mandato regionale per la realizzazione di un'unica Azienda Sanitaria che comprenda l'Azienda territoriale e quella Ospedaliero-Universitaria.

Quest'ultimo aspetto rappresenta una rilevante opportunità per ripensare il modello di sistema sanitario locale e per rispondere in modo più efficace ad una realtà caratterizzata da forte dispersione territoriale, di una popolazione, numericamente in declino, con una forte presenza di soggetti anziani e con una prevalenza delle patologie cronico-degenerative.

I programmi ed i progetti che verranno realizzati durante il periodo di vigenza del Piano avranno come chiave di lettura dominante le seguenti direttrici:

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

A Ferrara il **percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera** è in atto già dal 2006 attraverso la messa in comune di servizi e strutture tanto estesa e formalizzata, da essere molto prossima a una vera e propria fusione. A partire dal 2015 viene definita una visione strategica dell'integrazione che include anche i servizi assistenziali, prevedendo di unificare le funzioni di governo, programmazione, gestione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un'integrazione a livello dipartimentale fondata su un Accordo generale e diverse convenzioni specifiche. Nel 2020 con l'insediamento delle Direzioni generali, la Regione Emilia Romagna ha dato un mandato forte relativo all'integrazione AUSL-AOU in un'unica Azienda provinciale, legando a questo tema obiettivi come, tra gli altri, le azioni sulla specialistica, il riordino dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento delle cure primarie all'interno di un'unica rete ospedale-territorio.

La Direzione aziendale, unica per le due Aziende sanitarie dall'agosto 2022, in stretta integrazione con la Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara, ha emanato il nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi). Il nuovo assetto, condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale è stato formalizzato con deliberazione del 16/03/2023.

A Ferrara si è dato avvio ad alcuni importanti progetti strategici (il progetto Azienda Sanitaria Digitale, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Argenta: integrazione tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Ferrara, il potenziamento della rete degli OSCO e Hospice in provincia di Ferrara e la riqualificazione delle

Case della Comunità, l'avvio delle COT, il Progetto di riqualificazione degli Ospedali del Delta nell'ambito del Distretto sud-est e di Cento nel Distretto ovest, il consolidamento della figura dell'Infermiere di comunità, l'attivazione di Unità Operative Complesse a carattere prettamente territoriale, la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza con particolare attenzione al Pronto soccorso di Cona e alla rete territoriale, l'introduzione della chirurgia robotica e delle sperimentazioni cliniche di Fase 1) che verranno descritti in dettaglio nel documento e che costituiscono i mattoni fondanti del progetto di sviluppo della nuova sanità ferrarese.

Un ruolo di fondamentale importanza è stato riservato alla dimensione della **ricerca**, dell'**innovazione** e dello **sviluppo** che rappresentano attività interne che stanno alla base della crescita professionale del personale impiegato in Azienda, e, dunque, hanno un effetto diretto sui livelli di qualità ed efficienza delle attività cosiddette "core" e delle attività di supporto.

Particolare attenzione è stata anche data all'area dello **sviluppo organizzativo**, nella quale sono comprese tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del capitale umano dei professionisti, attraverso strumenti che valutano la gestione della performance individuali, a partire dalla individuazione delle competenze e il conseguente sviluppo delle capacità professionali, incluso il lavoro in team, la relazione e l'ascolto dei pazienti, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi.

Infine, è stata valorizzata la dimensione della **sostenibilità** che riguarda la sfera strettamente economico-finanziaria e gestionale dell'azione aziendale ed è strettamente correlata al raggiungimento di elevati livelli di performance di efficienza e buona gestione. Il Piano triennale degli investimenti 2025-2027, è stato redatto in entrambe le Aziende secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, e contiene le linee programmatiche per lo sviluppo degli interventi sul patrimonio edilizio ed impiantistico delle Aziende sanitarie della provincia di Ferrara, nonché le indicazioni relative all'acquisizione delle tecnologie e dei beni economici in coerenza con gli indirizzi del sistema sanitario regionale e del recente PNRR.

1. PREMESSA

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027** è il documento programmatico attraverso il quale le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi per il triennio 2025-2027.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 “Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e come previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale Emilia Romagna 973 del 23/06/2025 - 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.

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

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

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

Tenendo conto della principale normativa e delle disposizioni **nazionali e ministeriali**:

- DM 70 del 02.04.2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 - Piano della cronicità.
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.
- DM n. 402 del 13 giugno 2017 recante la “Definizione degli standard, dei requisiti e degli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Patto per la salute 2019-2021 (Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 18/12/2019).

- Legge del 27/12/2019 n. 160 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022.
- Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 (Conferenza Stato Regioni del 21/02/2019: Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266).
- Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, 2020.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità Repertorio atto n. 17/CSR, 20/02/2020.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri (Next Generation EU).
- DM n. 77 del 23 maggio 2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Legge di Bilancio 2024, art. 1, commi 218-222.
- Legge n. 33/2023 ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane".
- Legge n. 107 del 29/07/2024 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

Dei nuovi e sfidanti obiettivi assegnati dal **livello regionale** all'Azienda USL di Ferrara che ricomprendono:

- DGR 2040/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012) regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.
- DGR 1129/2019 inerente la riduzione dei tempi d'attesa in Pronto Soccorso.
- DGR 256/2009 Approvazione del documento contenente "Indicazioni alle aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna".
- DGR 241/2019 "Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza Sanitaria - Approvazione di Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie".
- DGR 168/2015 "Accettazione dimissioni e designazione direttore generale Azienda Usl di Ferrara".
- Delibera OIV N.2/2015 Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS.
- Delibera OIV N.1/2014 Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS.
- le Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR (DGR 819/2021).
- il Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 (DGR 603/2019).
- Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1129/2019 "Piano di miglioramento dell'accesso in emergenza-urgenza sanitaria – approvazione di linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie"
- DGR n. 1845 del 27/10/2021 "Riavvio del processo di unificazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitarie di Parma e Ferrara – Verifica delle condizioni di fattibilità".
- Regione Emilia Romagna Determinazione n. 7868/2022, Integrazione gruppo tecnico multiprofessionale per verificare le condizioni di fattibilità del progetto di unificazione delle AUSL e AOU di parma e Ferrara.

- Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 2221/2022 “Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022”
- Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1206/2023 “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza in Emilia Romagna – prima fase attuativa – anno 2023”
- Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 620/2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa"
- Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 945/2024 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2024"
- Circolare Regione Emilia Romagna del 30/07/2024 Circolare n. 7 - Indicazioni operative in applicazione alla DGR 620/2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa"
- gli obiettivi di mandato per le Direzioni aziendali, indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico (DGR n. 70 e DGR n. 74 del 23/01/2025 rispettivamente per AUSL e AOU di Ferrara).

2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA

Chi siamo – Azienda USL

La provincia di Ferrara è l'ambito territoriale in cui insiste l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, che è stata istituita il 1° luglio del 1994, quando sono state unificate in un'unica azienda sanitaria territoriale le cinque USL nelle quali era articolata la sanità pubblica ferrarese. Il territorio di riferimento dell'Azienda USL è suddiviso in 3 distretti: il Distretto Centro-Nord (Comuni di: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Iolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo), il Distretto Ovest (Comuni di: Cento, Bondeno, Terre del Reno, Poggiorenatico, Vigarano Mainarda) e il Distretto Sud-Est (Comuni di: Portomaggiore, Argenta, Ostellato, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Mesola, Fiscaglia).

L'Azienda USL, costituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2450 del 7/6/1994 e successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 574 del 23/6/1994, è un'Azienda con personalità giuridica pubblica, senza finalità di lucro, inserita istituzionalmente ed organicamente nel Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna.

L'Azienda USL di Ferrara, è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia patrimoniale, contabile, regolamentare e imprenditoriale.

La Missione – Azienda USL

L'attività dell'Azienda è svolta a garanzia della tutela della salute dell'individuo e della collettività, assicurando i livelli essenziali di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione.

Concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, partecipando in coordinamento ed integrazione con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, promuovendo l'integrazione organizzativa, professionale ed interistituzionale, l'integrazione in Provincia e in Area Vasta, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse disponibili, anche al fine di conseguire gli obiettivi e gli indirizzi assegnati dalla Regione Emilia Romagna e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Promuove il mantenimento, il miglioramento e la tutela dello stato di salute come diritto fondamentale della persona di avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, e condivide il raggiungimento di apprezzabili livelli di benessere ad interesse della collettività, rispettando i criteri dell'equità.

La Visione Strategica – Azienda USL

L'Azienda partecipa, nell'ambito di un sistema sanitario regionale unitario e integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, alla realizzazione di un welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione.

A tal fine, l'Azienda intrattiene relazioni leali ed efficaci con la Regione, l'Università, le Autonomie locali, le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro. L'Azienda assume come riferimento le strategie, gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna, quale responsabile della programmazione e del controllo necessari a creare le condizioni affinché le aziende realizzino l'uniformità delle garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento.

La strategia dell'Azienda, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente, è orientata a:

- qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare i bisogni di salute della popolazione;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche dell'utenza, favorendo un'organizzazione flessibile aderente a principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità;
- ampliare e consolidare le reti di assistenza aziendali, interaziendali ed interistituzionali, per migliorare qualitativamente l'offerta di servizi al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio;
- sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate per la presa in carico dell'assistito;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, consolidando la rete delle cure primarie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero;
- implementare modelli organizzativi in grado di affermare i principi della medicina personalizzata, quale modalità terapeutica innovativa che renda possibile la personalizzazione della strategia terapeutica;
- potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere;
- perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello provinciale, di area vasta, regionale, nazionale ed europeo;
- porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca sia in ambito territoriale sia ospedaliero;
- sostenere le scelte strategiche valorizzando le proprie risorse umane, lo sviluppo professionale e della motivazione dei professionisti;
- coinvolgere le diverse professionalità nel miglioramento organizzativo e della qualità dei servizi, favorendo i percorsi relazionali nel contesto dell'Azienda sanitaria;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili;
- il modello di governance locale, come meglio definito di seguito, prevede un percorso di cooperazione strategico - gestionale con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, prevedendo una messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane.

Chi siamo – Azienda Ospedaliero Universitaria

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni d'assistenza, didattica e ricerca, costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi S.S.N.), ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna (d'ora in poi S.S.R.) nonchè del Sistema Universitario. L'Azienda ha la finalità di concorrere al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione regionale e nazionale in campo assistenziale ed alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università degli studi di Ferrara (di seguito Università), in particolare delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

La Missione – Azienda Ospedaliero Universitaria

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, quale Ente strumentale del Servizio Socio-Sanitario Regionale ed in coerenza agli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, partecipando al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, inteso come diritto fondamentale della persona ad avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, ed interesse della collettività a condividere apprezzabili livelli di benessere.

L'Azienda garantisce l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico in ambito provinciale e sovra provinciale, in quanto hub per il territorio ferrarese e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

L'Azienda, in quanto sede di riferimento dell'Università di Ferrara, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, concorrendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università, anche attraverso la partecipazione alla programmazione didattica, la valorizzazione del personale in formazione e il suo inserimento nelle strutture aziendali per le attività formative professionalizzanti; essa favorisce inoltre il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione e l'adozione di nuove tecnologie, nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi, contribuendo a costruire un tessuto culturale comune di riferimento per gli Studenti, i Medici in Formazione, i Professionisti, i Docenti e i Ricercatori.

Nel perseguimento della propria missione, l'Azienda e le persone che vi lavorano si impegnano a garantire il sistema delle tutele, fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri e sulla responsabilità collettiva e individuale a vantaggio dello sviluppo futuro dell'organizzazione sanitaria:

- tutela della salute, quale diritto individuale e bene collettivo;
- tutela della equità di accesso alla rete dei servizi sanitari;
- tutela della fragilità sociale e sanitaria nella fruizione dei servizi;
- tutela delle minoranze etniche e religiose e della loro espressione del bisogno;
- tutela della diversità dei punti di vista e degli asset valoriali presenti nei dipendenti, quale elemento di ricchezza e accrescimento della cultura aziendale;
- tutela della parità di genere nello sviluppo del capitale professionale aziendale;
- tutela della disabilità fisica e psichica sul luogo di lavoro;
- tutela della sicurezza e benessere nei luoghi di lavoro;
- tutela dei lavoratori e professionisti che operano all'interno delle strutture aziendali;
- tutela delle prerogative sindacali e della partecipazione dei rappresentanti del personale dipendente e convenzionato.

La Visione Strategica – Azienda Ospedaliero Universitaria

La visione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria non può prescindere dal quadro economico e finanziario che negli ultimi anni ha registrato elementi di incertezza sul livello di finanziamento e ha caratterizzato il contesto in cui agisce, dove ad una certa sofferenza ed incertezza nei livelli di finanziamento si associa una dinamica crescente della spesa, connessa a fenomeni di naturale evoluzione sociale, demografica, tecnica e tecnologica.

Mai come oggi l'agire aziendale si pone in - ed è effetto di - un trivio relazionale strategico, dove agenda politica, buone pratiche gestionali e comportamenti professionali determinano i risultati ed il posizionamento dell'organizzazione.

L'Azienda pertanto deve orientare le sue azioni a:

- realizzare un sistema organizzativo snello e flessibile in grado di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi offerti ai singoli, alle famiglie e alla comunità, subordinando l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza;
- ricercare il contributo dell'insieme degli attori istituzionali e non, per il più efficace perseguimento degli obiettivi e l'ottimizzazione delle risorse, individuando a tal fine nella concertazione e nella rendicontazione con le organizzazioni sindacali e con le rappresentanze della società civile imprescindibili strumenti di relazione;
- promuovere e sviluppare l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio, quale strumento per realizzare economie di scopo e di scala, a fronte di una sempre maggiore disponibilità di opzioni terapeutiche;
- curare il proprio capitale professionale, promuovere e valorizzare la motivazione negli operatori, fornire opportunità di crescita e di sviluppo professionale a chi sappia distinguersi per capacità, autorevolezza, impegno;
- coinvolgere le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, e incentivare le relazioni interne;
- potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

Come operiamo (Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

Ad oggi l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane.

Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Rispetto agli ambiti di responsabilità istituzionale propri, derivanti a ciascuna delle Aziende sanitarie della provincia dalla titolarità in merito ai tre macro livelli di assistenza – assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera - le Direzioni Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera hanno nel tempo riorganizzato, secondo logiche di integrazione strutturale e intenti strategici comuni, le funzioni ricomprese nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e delle funzioni amministrative tecniche e professionali a diretto supporto dell'attività assistenziale e/o aventi natura logistica.

La struttura, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda USL di Ferrara sono disciplinati nell'Atto Aziendale adottato con delibera n. 96 del 27/03/2024.

La struttura, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sono disciplinati nell'Atto Aziendale adottato con delibera n. 82 del 29/03/2024.

La direzione generale è un organismo che opera in modo collegiale assicurando il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi e realizzandone l'integrazione per definire le strategie aziendali.

I Servizi in Staff alla Direzione hanno la funzione di supporto tecnico alla direzione stessa nei processi di pianificazione strategico - decisionale, sviluppo delle risorse umane, politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione.

Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le articolazioni dipartimentali ospedaliere e territoriali, i Servizi in Staff offrono supporto operativo e gestionale ai vari livelli della dirigenza cui spettano specifiche responsabilità generali di governo, produzione e committenza.

Nello specifico l'Azienda USL di Ferrara è articolata in **distretti** ed organizzata per **dipartimenti**. I Distretti sono organi di decentramento del governo aziendale ed i dipartimenti costituiscono l'assetto organizzativo fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali. Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale, e il luogo che esprime il fabbisogno di assistenza sanitaria sia territoriale che ospedaliera, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti locali.

Il territorio di riferimento dell'Azienda USL che coincide con il territorio della Provincia di Ferrara, è suddiviso in tre Distretti: Distretto Ovest, Distretto Centro-Nord, Distretto Sud-Est.

Il Distretto rappresenta l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale, nel quale il cittadino e la comunità stessa si riconoscono e si vedono rappresentati e garantiti nelle proprie specifiche esigenze di salute. Il Distretto, nello specifico, è centro di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali dell'Azienda, con ruolo unificante dei servizi sanitari e socio-sanitari attivi nell'ambito distrettuale per la realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara coincide con l'Ospedale Sant'Anna che contiene risorse di ricovero di base che sono di riferimento per la popolazione del relativo distretto, oltre che funzioni specialistiche per il territorio ferrarese. Inoltre, l'Ospedale Sant'Anna è la sede clinica della Scuola di Medicina dell'Università di Ferrara, traendo dal ruolo di azienda ospedaliero universitaria la struttura per lo sviluppo e la diffusione della cultura professionale che garantisce il supporto alla formazione permanente e al consolidamento di pratiche di assistenza di qualità all'intero sistema sanitario ferrarese.

Le azioni compiute nell'ultimo triennio hanno portato alla elaborazione da parte delle Direzioni strategiche di entrambe le Aziende, in stretta integrazione con la Rettrice dell'Università degli Studi di Ferrara, del nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici ad attività integrata, sia territoriali sempre ad attività integrata tranne la Sanità pubblica, sia tecnico-amministrativi).

Il nuovo assetto, condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale è stato formalizzato con deliberazione del 16/03/2023.

I Dipartimenti rappresentano l'articolazione organizzativa attraverso la quale le Aziende provinciali garantiscono la globalità degli interventi preventivi e la continuità assistenziale all'utenza, e assicurano il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari sia in termini di sistema decisionale, finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini partecipativi dei

professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali che influenzano la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle risorse disponibili.

L'assetto organizzativo delle Aziende è caratterizzato da una continua evoluzione al fine di assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed assistenziale anche in un'ottica di integrazione tra territorio ed ospedale. Al fine di garantire la appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale anche fra i diversi livelli di Hub & Spoke e/o di realizzare economie di gestione sono sviluppate forme strutturate di integrazione e/o di coordinamento fra le attività e/o funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, quelle della l'Azienda USL di Ferrara e quelle dell'Area Vasta Emilia centrale, comprendente le Aziende sanitarie delle province di Ferrara e Bologna.

La Rete Ospedaliera

La rete ospedaliera della provincia di Ferrara si caratterizza dalla presenza di:

- un presidio ospedaliero, Arcispedale Sant'Anna, afferente all'Azienda Ospedaliera Universitaria;
- un presidio ospedaliero distrettuale, che si articola in tre stabilimenti ospedalieri afferenti all'Azienda USL (Argenta - Ospedale Mazzolani-Vandini, Cento - Ospedale SS.ma Annunziata; Lagosanto - Ospedale del Delta);
- 2 strutture sanitarie private accreditate (Casa di Cura Quisisana e Casa di Cura Salus S.R.L).

La Rete territoriale

Servizio di Emergenza Territoriale

Il Servizio di **Emergenza territoriale** della provincia di Ferrara è caratterizzato da capillarità distributiva delle sedi di sosta delle ambulanze e delle auto mediche.

Assistenza territoriale

A livello di **assistenza territoriale** l'Azienda eroga assistenza mediante:

- **3 Ospedali di Comunità** (Ospedale di Comunità di Comacchio, Ospedale di Comunità di Copparo, Ospedale di Comunità di Cona a Ferrara) e **3 in stato avanzato di attivazione** (Bondeno, Codigoro, Cittadella San Rocco a Ferrara);
- **2 Hospice** (uno pubblico Hospice di Codigoro "Le Onde e il Mare" ed uno privato Hospice ADO "La Casa della Solidarietà") ed **uno in attivazione** (Bondeno);
- **6 Case della Comunità** (Cittadella S. Rocco di Ferrara, Terre e Fiumi di Copparo Portomaggiore – Ostellato, Codigoro, Comacchio, Bondeno);
- **32 "cellule" di Infermieri di Famiglia e di Comunità.**

Il contesto di riferimento

Contesto socio-demografico

La provincia di Ferrara, che comprende **21 comuni** (Argenta, Bondeno, Cento, Codigoro, Comacchio, Copparo, Ferrara, Fiscaglia, Goro, Jolanda di Savoia, Lagosanto, Masi Torello, Mesola, Ostellato, Poggiorenatico, Portomaggiore, Riva del Po, Terre del Reno, Tresignana, Vigarano Mainarda e Voghiera), si estende su un **territorio** di 2.635 km². Nella provincia insistono tre distretti:

- **Distretto Ovest** che comprende i comuni di: Cento, Bondeno, Terre del Reno (ex comuni di Sant'Agostino e Mirabello), Poggio Renatico, Vigarano Mainarda.
- **Distretto Centro-Nord** che comprende i comuni di: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Riva del Po (ex comuni di Berra e Ro Ferrarese), Tresignana (ex comuni di Formignana e Tresigallo) e Jolanda di Savoia.
- **Distretto Sud-Est** che comprende i comuni di: Portomaggiore, Argenta, Ostellato, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Mesola, Fiscaglia (ex comune di Migliarino, Migliaro, Massa Fiscaglia).

La provincia di Ferrara si caratterizza per una residenzialità dispersa sull'intero territorio, presentando una densità di popolazione mediamente al di sotto di quella nazionale. Tra i singoli distretti sanitari vi sono forti differenziazioni nella densità di popolazione: si va dal distretto Centro-Nord (che comprende la città di Ferrara), nel quale la densità è pari a 193,7 abitanti per Km², al Distretto Ovest (che comprende la città di Cento), la cui densità (in aumento rispetto al 1995) è di 185,5 abitanti per Km², fino al distretto meno densamente popolato: il distretto Sud-Est (che comprende molti comuni dell'area deltizia del Po, comprese le estese valli di Comacchio), che fa registrare un densità pari a 71,4 abitanti per Km².

Al 31/12/2024 la provincia di Ferrara conta 341.051, di cui 175.286 donne (51,4%) e 165.765 uomini (48,6%). La popolazione della provincia di Ferrara si caratterizza, dal punto di vista epidemiologico, per la forte presenza della popolazione nelle fasce di età più elevate che si riflette in una maggiore incidenza e prevalenza delle patologie croniche e cronico-degenerative rispetto alla media regionale. Ci troviamo in presenza di cittadini prevalentemente "pluripatologici", caratterizzati da situazioni di cronicità, disabilità (a diversi stadi e livelli) che richiedono interventi sanitari "a lungo termine".

Popolazione residente (31/12/2024)	Ind. Invecchiamento (Pop. >=65)	Ind. Invecchiamento (Pop. >=75)	Ind. Invecchiamento (Pop. >=85)
FERRARA	29,1	15,5	5,1
Emilia Romagna	24,9	13,4	4,5

Bisogni di salute

Il sistema di sorveglianza PASSI, attivo a livello nazionale dal 2007, è un sistema di **monitoraggio della salute della popolazione adulta** (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), cioè in età compresa tra 18 e 69 anni. Stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome partecipano al progetto. Nella provincia di Ferrara il 69% degli intervistati si dichiara in buona salute. Tale percezione cala con l'aumentare dell'età, passando dall'84% dei 18-24enni al 55% dei 50- 69enni. Gli uomini hanno una migliore percezione del loro stato di salute rispetto alle donne.

Gli individui con più alto livello d'istruzione, come la laurea o il diploma di scuola media superiore, si sentono meglio di chi ha un titolo di studio più basso o nessun titolo. Anche la situazione economica influisce sulla percezione dello stato di salute, infatti solo il 53% di chi ha maggiori difficoltà economiche dichiara di sentirsi bene contro il 74% di chi non ha difficoltà economiche. A Ferrara il 20,8% degli adulti si definisce sedentario, contro il 15,3% medio regionale. Si è osservata inoltre la correlazione tra sedentarietà ed abitudine al **fumo** e tra sedentarietà e diabete. La percentuale dei sedentari tra i fumatori è più alta di quella dei non sedentari, così come nei diabetici è più elevata la percentuale di coloro che non praticano attività fisica rispetto ai fisicamente attivi. Sulla base dei dati PASSI, si stima che nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara l'**eccesso ponderale** coinvolga una quota rilevante (il 45,1%) di adulti, contro il valore 42,2% medio regionale. L'eccesso ponderale (persone sovrappeso o obese) è una condizione che aumenta con l'avanzare dell'età e colpisce di più gli uomini (rispetto alle donne) e le persone socialmente svantaggiate, cioè con basso titolo di studio o con difficoltà economiche. Il 16,4% degli intervistati ha dichiarato di essere bevitore a rischio. Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso nel sesso maschile e nelle persone con un livello di istruzione medio-alto. In provincia di Ferrara il 25,2% dei 18-69enni fuma sigarette, dato in linea con la media regionale.

La provincia di Ferrara il 2024 ha registrato i tassi standardizzati di **mortalità** più elevati nella Regione Emilia-Romagna (741,2 su 100.000 abitanti rispetto a 696,6 regionale). La principale causa di morte per il 2024 è rappresentata dalle malattie cardiovascolari con un tasso di 259,6 su 100.000 abitanti, seguita dai tumori con un tasso di 254,3. In ogni caso questi due grandi gruppi rappresentano nel complesso la stragrande maggioranza delle cause di decesso nella provincia di Ferrara.

In tutto il mondo le **malattie croniche** rappresentano la causa principale di decesso, di morte prematura e di disabilità; sono più frequenti nei paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni paese, colpiscono maggiormente le persone in posizione di fragilità sotto il profilo socioeconomico. Queste patologie, oltre a provocare sofferenza per il malato e per la sua famiglia, incidono pesantemente sul carico di lavoro e sui costi dei servizi sanitari, mettendo in crisi la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano. Negli ultimi decenni il miglioramento della qualità delle cure e lo sviluppo di nuove terapie farmacologiche hanno determinato una maggiore longevità della popolazione, ma allo stesso tempo un incremento del numero di persone con malattie croniche, per le quali non esistono cure o terapie risolutive. In Emilia-Romagna, come nel resto dell'Italia, le patologie croniche riguardano, infatti, circa il 40% della popolazione e la co-presenza di due o più condizioni croniche circa il 25%.

La multimorbilità, o multicronicità, comporta implicazioni di carattere clinico-assistenziale rilevanti, poiché interessa una quota consistente della popolazione, destinata a crescere sempre più in futuro per via dell'invecchiamento della popolazione, ed è strettamente correlata ad una ridotta qualità della vita e ad un progressivo declino funzionale, a cui inevitabilmente si associa un elevato impiego di risorse sanitarie.

I pazienti con multimorbilità, hanno bisogni socioassistenziali complessi che necessitano di trattamenti continui, tuttavia i loro percorsi assistenziali spesso presentano criticità riconducibili a frammentazioni o sovrapposizioni, trattamenti spesso gravosi e di efficacia incerta, duplicazioni di test diagnostici, frequenti accessi al pronto soccorso ed ospedalizzazioni ripetute, che determinano un impatto negativo sulla qualità ed efficienza delle cure¹. In provincia di Ferrara il 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 è pari a 266,38 per 1.000 abitanti, valore in calo rispetto agli anni precedenti e sempre più prossimo allo standard pari ≤ 259 per 1.000 ab.

Contesto istituzionale delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Le Aziende sanitarie sono impegnate a valorizzare e consolidare la propria presenza nel sistema produttivo provinciale, ricercando ed incoraggiando, nelle forme e nei modi più appropriati al proprio ruolo, la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e del lavoro, oltreché con le istituzioni locali, scolastiche e della formazione al fine di sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione

¹ Epidemiologia e impatto della multimorbilità in Emilia-Romagna Anno 2018 ASSR Emilia Romagna

dei servizi che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

Le Aziende si pongono come interlocutore delle istituzioni di riferimento Nazionali, Regionali e Locali impegnandosi ad attuare le proprie funzioni nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa preordinati, nello spirito di leale collaborazione istituzionale del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale quale strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Le Aziende perseguono una sempre migliore relazione con gli Enti Locali, in un'ottica di condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e degli orientamenti da assumere e nell'analisi dei risultati, nella ricerca di maggiore equità nella distribuzione dei servizi sanitari e nella loro accessibilità.

Entrambi i soggetti (Enti Locali e Aziende) sono impegnati nella costruzione di un welfare di comunità, che riconosca la stretta e peculiare combinazione tra le politiche incidenti sulla qualità della vita e condizionanti anche la effettiva fruibilità dei servizi (istruzione, formazione ecc.).

I cittadini singoli e associati.

Le Aziende perseguono una politica per la salute in stretta collaborazione con le Istituzioni Locali che operano, a vario titolo nella società civile, favorendo la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute.

Le Aziende perseguono tali obiettivi mediante strategie di comunicazione volte all'informazione, all'educazione e alla partecipazione. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato. Gli strumenti organizzativi con cui le Aziende assicurano la partecipazione sono rappresentati dai Comitati Consultivi Misti e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Le Aziende garantiscono la tutela dei diritti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari e la comunicazione trasparente delle modalità di offerta dei servizi attraverso la Carta dei Servizi socio-sanitari.

La Regione Emilia-Romagna.

Per le attività di periodica programmazione, verifica e rendicontazione delle attività e dei costi, le Aziende assumono come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie, come declinate anche dalla programmazione di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

L'Area Vasta Emilia Centro

L'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) rappresenta il luogo dell'integrazione fra le Aziende Sanitarie: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - IRCCS Policlinico S.Orsola-Malpighi e Istituto Ortopedico Rizzoli IRCCS di Bologna per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche e costituisce uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse. L'AVEC è un sistema integrato in ambiti territoriali definiti, funzionale per l'organizzazione dei servizi sanitari e delle attività tecnico-amministrative. In tale contesto, viene mantenuta inalterata la responsabilità decisionale propria delle Aziende e dei loro organi.

L'Area Vasta persegue obiettivi di:

- coordinamento delle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi e ricerca di soluzioni innovative per la loro acquisizione, nell'ottica di conseguire economie di scala, di procedura, di qualità e di riduzione della variabilità;
- studio per la realizzazione di forme unificate interaziendali nell'ambito della logistica e dei servizi amministrativi e tecnico professionali;
- sviluppo di strategie e di percorsi di omogeneizzazione – razionalizzazione dell'ICT;
- programmazione integrata delle funzioni Hub & Spoke e delle alte tecnologie per le funzioni con bacino ottimale di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola Azienda e sviluppo del modello delle "reti cliniche integrate";

- miglioramento della accessibilità ai servizi ed alle tecnologie sanitarie.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e gli Enti Locali.

Il funzionamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dell'Ufficio di Presidenza con particolare riferimento alle funzioni ed ai rapporti, con la Regione Emilia-Romagna, con i Comitati di distretto e con le aziende sanitarie, è regolato dalla Delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna n. 120 /2017 avente quale oggetto "Piano Sociale e Sanitario 2017 – 2019".

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) è lo strumento di raccordo istituzionale tra gli Enti Locali e le Aziende sanitarie, che assicurano la partecipazione degli stessi alla programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale e la loro integrazione e alla verifica dei risultati di salute ottenuti esercitando funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo.

Le Aziende assicurano la massima collaborazione alla CTSS, contribuendo a livello tecnico ed organizzativo alle attività della stessa.

Le funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sono di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, come definito dal Piano Sociale e Sanitario regionale.

Rapporti con l'Università

L'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università di Ferrara è determinata secondo specifici protocolli di intesa con la Regione Emilia Romagna.

I criteri che regolano i rapporti tra Aziende e Università sono improntati al rispetto dei principi di integrazione tra attività assistenziale, formativa e di ricerca, di leale cooperazione, di condivisione delle linee di programmazione che tengano conto delle rispettive mission, di sviluppo di adeguati strumenti di collaborazione, funzionali al perseguimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia e competitività del servizio sanitario pubblico, e di valorizzazione della formazione del personale medico e sanitario.

I produttori privati accreditati

L'Azienda USL si avvale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del sistema privato accreditato, attraverso un processo di pianificazione che risponda a principi di equità e responsabilità condivisa tra tutti gli attori. Per il sistema sanitario i produttori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

Lo strumento di pianificazione e controllo di tali attività è il "contratto di fornitura" a valenza annuale o pluriennale, soggetto a rimodulazione annuale che all'interno di un quadro di regole fissate a livello regionale delinea obiettivi e risultati attesi.

I dati di attività

L'ospedalizzazione

Relativamente ai principali indicatori di utilizzo delle strutture ospedaliere occorre sottolineare che il tasso standardizzato di ospedalizzazione nell'anno 2024 si attesta al di sopra di quello medio regionale (Azienda USL di Ferrara e Regione Emilia Romagna rispettivamente 127,6 e 128,5 x 1.000).

Tasso grezzo di ospedalizzazione per distretto di residenza e degenza della provincia di Ferrara (anno 2024 escluso neonati sani) - – Fonte dati SDO - Regione Emilia Romagna

Distretto di residenza	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
FERRARA - DISTR. OVEST	107,7	26,1	133,8
FERRARA - DISTR. CENTRO-NORD	119,1	29,6	148,7
FERRARA - DISTR. SUD-EST	130,6	27,3	157,9
Provincia di Ferrara	119,7	28,2	147,9

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture del ferrarese nel 2024 si attesta intorno al 76,2%, contro l'84,5% regionale.

Dal punto di vista epidemiologico, la forte presenza della popolazione nelle fasce di età più elevata si riflette in una maggiore incidenza e prevalenza delle patologie croniche (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) e cronico-degenerative rispetto alla media regionale.

Ci troviamo in presenza di cittadini prevalentemente "pluripatologici", caratterizzati da situazioni di cronicità, disabilità (a diversi stadi e livelli) che richiedono interventi sanitari "a lungo termine".

Si tratta spesso di pazienti in polifarmacoterapia, che ricorrono frequentemente al ricovero in ospedale e che per rimanere al loro domicilio necessitano di interventi di assistenza integrata domiciliare o, dove non sia possibile e nei casi di non autosufficienza, di servizi residenziali temporanei (sollevio) o semi-residenziali.

I dati statistici relativi all'andamento dei ricoveri ospedalieri si ricavano dall'analisi delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), strumento fondamentale per monitorare e per avere una visione d'insieme dei principali motivi di ricovero. I dati rappresentati comprendono i ricoveri effettuati presso le due aziende sanitarie di Ferrara: Ospedale di Cento, del Delta, di Argenta e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

RICOVERI (escluso neonato sano) – Trend 2022-2024

Ricoveri per Azienda e presidio ospedaliero		2022			2023			2024		
		001 – DEGENZA ORDINARIA	002 – DAY-HOSPITAL	TOTALE	001 – DEGENZA ORDINARIA	002 – DAY-HOSPITAL	TOTALE	001 – DEGENZA ORDINARIA	002 – DAY-HOSPITAL	TOTALE
AUSL FE	OSPEDALE di ARGENTA	1.252	70	1.322	1.425	18	1.443	1.424	22	1.446
	OSPEDALE di CENTO	3.270	806	4.076	3.286	918	4.204	3.202	979	4.181
	OSPEDALE del DELTA	4.575	549	5.124	5.094	681	5.775	5.286	612	5.898
	CASA DI CURA QUISISANA	1.924		1.924	2.026		2.026	1.883		1.883
	CASA DI CURA SALUS	2.960	1.566	4.526	2.816	1.490	4.306	3.217	1.542	4.759
	TOTALE	13.981	2.991	16.972	14.647	3.107	17.754	15.012	3.155	18.167
AOU FE	AZIENDA OSP-UNIVERS. DI FERRARA	22.610	5.770	28.380	22.645	6.313	28.958	21.746	6.588	28.334

Di seguito i Ricoveri Programmati:

RICOVERI PROGRAMMATI IN DEGENZA ORDINARIA O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY (SSN e ALP)

Ricoveri ordinari	Regime di ricovero	2022	2023	2024
AUSL FE	SSN			
	OSPEDALE DEL DELTA	1.722	1.923	2.028
	OSPEDALE DI CENTO	1.195	1.222	1.285
	OSPEDALE ARGENTA	310	323	320
	CASA DI CURA QUISISANA	586	666	685
	CASA DI CURA SALUS	2.438	2.123	2.544
	Totale SSN	6.251	6.257	6.862
	ALP			
	OSPEDALE DEL DELTA			3
	OSPEDALE DI CENTO	2		
	Totale ALP	2	-	3
TOTALE AUSL	6.253	6.257	6.865	
AOU FE	SSN- AZIENDA OSP-UNIVERS. DI FERRARA	6.968	7.464	7.443
	ALP- AZIENDA OSP-UNIVERS. DI FERRARA	86	88	78
	TOTALE AOU	7.054	7.552	7.521

Ricoveri Day-hospital	Regime di ricovero	2022	2023	2024
AUSL FE	SSN			
	OSPEDALE DEL DELTA	549	681	612
	OSPEDALE DI CENTO	806	918	979
	OSPEDALE ARGENTA	70	18	22
	CASA DI CURA SALUS	1.566	1.490	1.542
	Totale SSN	2.991	3.107	3.155
	ALP			
	OSPEDALE DI CENTO	1		
	Totale ALP	1	-	-
	TOTALE AUSL	2.992	3.107	3.155
AOU FE	SSN- AZIENDA OSP-UNIVERS. DI FERRARA	5.770	6.313	6.588
	ALP- AZIENDA OSP-UNIVERS. DI FERRARA	78	100	121
	TOTALE AOU	5.848	6.413	6.709

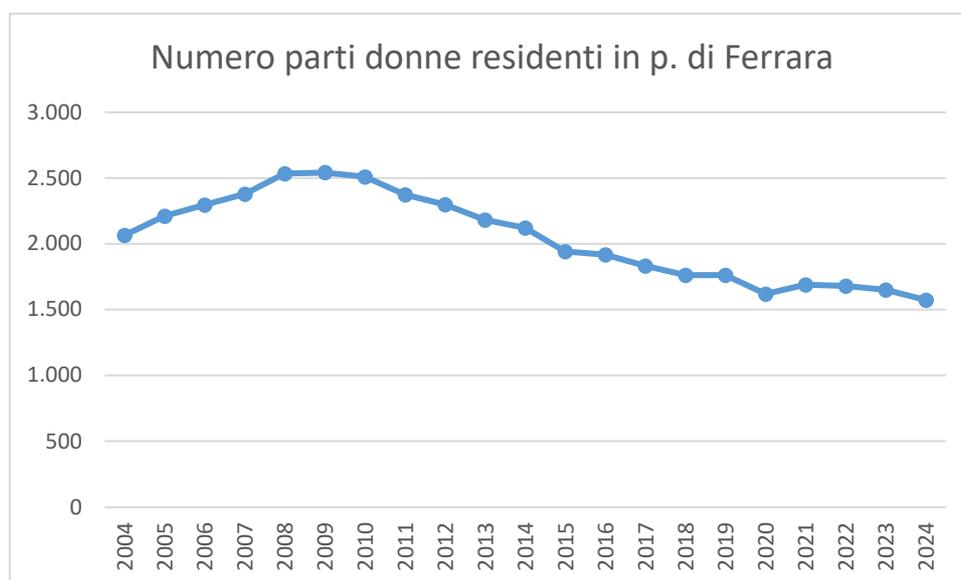
**Distribuzione dimessi residenti in provincia di Ferrara per regime di ricovero (esclusi neonati sani)
Anni 2022, 2023, 2024**

Dimessi residenti in provincia di Ferrara		Anno di dimissione			DIFFERENZA 2023- 2022		DIFFERENZA 2024- 2023		DIFFERENZA 2024- 2022	
		2022	2023	2024	Val. Assoluto	%	Val. Assoluto	%	Val. Assoluto	%
		Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri						
a) AUSL FERRARA	1 - Degenza Ordinaria	11.426	12.155	12.201	729	6,38	46	0,38	775	6,78
	2 - Day hospital	1.507	1.696	1.697	189	12,54	1	0,06	190	12,61
	TOTALE	12.933	13.851	13.898	918	7,10	47	0,34	965	7,46
b) AOSPU FERRARA	1 - Degenza Ordinaria	19.850	19.934	19.173	84	0,42	-761	-3,82	-677	-3,41
	2 - Day hospital	4.625	5.127	5.361	502	10,85	234	4,56	736	15,91
	TOTALE	24.475	25.061	24.534	586	2,39	-527	-2,10	59	0,24
c) PASSIVA INFRA	1 - Degenza Ordinaria	4.901	5.191	5.461	290	5,92	270	5,20	560	11,43
	2 - Day hospital	1.254	1.246	1.320	-8	-0,64	74	5,94	66	5,26
	TOTALE	6.155	6.437	6.781	282	4,58	344	5,34	626	10,17
d) PASSIVA EXTRA	1 - Degenza Ordinaria	4.111	3.927	4.002	-184	-4,48	75	1,91	-109	-2,65
	2 - Day hospital	1.084	1.177	1.229	93	8,58	52	4,42	145	13,38
	TOTALE	5.195	5.104	5.231	-91	-1,75	127	2,49	36	0,69

Dimessi residenti in provincia di Ferrara		Anno di dimissione			DIFFERENZA 2023- 2022		DIFFERENZA 2024- 2023		DIFFERENZA 2024- 2022	
		2022	2023	2024	Val. Assoluto	%	Val. Assoluto	%	Val. Assoluto	%
		Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri						
TOTALE	1 - Degenza Ordinaria	40.288	41.207	40.837	919	2,28	-370	-0,90	549	1,36
	2 - Day hospital	8.470	9.246	9.607	776	9,16	361	3,90	1.137	13,42
	TOTALE	48.758	50.453	50.444	1.695	3,48	-9	-0,02	1.686	3,46

NUMERO DEI PARTI

Punto nascita	2022	2023	2024
AOU FERRARA	1.634	1.624	1.572
AUSL FERRARA –Ospedale di Cento	197	80	
Totale	1.831	1.704	1.572



Attività specialistica ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate nel periodo 2023-2024 sono rappresentate nelle tabelle seguenti.

L'attività programmata ha subito un arresto in concomitanza alla pandemia e successivamente sono state implementate tutte le azioni necessarie per il recupero delle prestazioni non erogate. L'anno 2024 si assesta su un quantitativo di prestazioni erogate superiore al 2023.

		2023	2024
AUSL FE	SSN	4.741.536	4.889.441
	ALP	23.110	32.981
AOU FE	SSN	1.346.639	1.274.153
	ALP	49.240	55.431

Nella tabella che segue, relativamente ai soli anni 2023 e 2024 per facilità di lettura, si mostra come è cambiato il mix delle strutture presenti nel territorio, in relazione alla erogazione delle prestazioni ambulatoriali accorpate per macro-categorie.

Analizzando la produzione specialistica (al netto degli esami di laboratorio e dello screening) del 2024 si osserva un incremento pari a + 56.994 prestazioni rispetto alla produzione 2023. Tale incremento è tutto da imputarsi all'attività degli ultimi 9 mesi dell'anno, periodo in cui sono iniziate le azioni del Piano e si è anche recuperato il decremento del primo trimestre 2024, registrando una produzione negli ultimi 9 mesi 2024 rispetto alla produzione degli ultimi 9 mesi 2023 pari a + 67.738 prestazioni (Fonte ASA – RER).

Il piano di produzione dell'offerta relativo al Piano Straordinario per il recupero dei tempi di attesa di cui alla DGR n.620/24 è stato determinato dai fattori produttivi ampiamente descritti nell'ambito delle Deliberazioni n. 148 e n. 186 del 14/06/2024, rispettivamente delle Direzioni AOU e AUSL di Ferrara, e di seguito rappresentati:

- Riorganizzazione dei servizi, attività istituzionale e sua rimodulazione;
- Utilizzo dell'attività SIMILALPI;
- Acquisto dell'attività ALPI;
- Committenza aggiuntiva al Privato accreditato e riorientamento della produzione sulla base delle esigenze specifiche aziendali;
- Programmazione assunzione risorse umane vincolate ad una migliore risposta ai bisogni dei cittadini (tempi di attesa).

Anno di erogazione	2023		2024 (consolidato senza mobilità passiva)		Delta 2024 vs 2023		
	N. di prestazioni erogate	Cumulata	N. di prestazioni erogate	Cumulata	Delta N. incrementale mensile	Delta % incrementale mensile	Delta % incrementale trimestrale
Mese di erogazione							
Gennaio	78.850		79.227		377	0,5%	
Febbraio	82.432	78.850	82.981	79.227	549	0,7%	-4,4%
Marzo	96.000	161.282	84.330	162.208	-11.670	-13,8%	
Aprile	68.194	257.282	75.092	246.538	6.898	9,2%	
Maggio	88.618	325.476	89.711	321.630	1.093	1,2%	3,4%
Giugno	80.449	414.094	80.790	411.341	341	0,4%	
Luglio	73.074	494.543	90.364	492.131	17.290	19,1%	
Agosto	60.909	567.617	66.385	582.495	5.476	8,2%	11,7%
Settembre	80.995	628.526	86.732	648.880	5.737	6,6%	
Ottobre	87.657	709.521	98.472	735.612	10.815	11,0%	
Novembre	79.663	797.178	85.308	834.084	5.645	6,6%	12,0%
Dicembre	60.350	876.841	74.793	919.392	14.443	19,3%	
TOTALE	937.191	937.191	994.185	994.185	56.994	5,7%	5,7%

Le Aziende Sanitarie ferraresi garantiscono la continuità prenotativa superando tutte le agende chiuse, come prevede la DGR n.620/2024, con un orizzonte temporale di disponibilità prenotativa di almeno 24 mesi in modo dinamico rispetto alle richieste, entro il 30 giugno 2024.

In caso di temporanea indisponibilità per saturazione delle agende è attivata la Prelista ove registrare i pazienti che saranno poi richiamati entro i tempi previsti dalla sopracitata delibera.

Pronto Soccorso

La riorganizzazione della rete Emergenza Urgenza della provincia di Ferrara è stata approvata dalla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria della provincia di Ferrara in data 24/05/2023.

Il progetto provinciale è partito dal presupposto che per aumentare la capacità e la resilienza del sistema è necessario lavorare in maniera integrata e strutturata rispetto ai seguenti punti:

- Sovraffollamento del PS;

- Inappropriatezza di accesso al PS;
- Gestione della cronicità;
- Degenza media e ricoveri inappropriati;
- Analisi della rete della bassa complessità territoriale e della continuità assistenziale;
- Rivisitazione logistica della rete dei PS e dei reparti internistici e chirurgici.

Il progetto ha previsto la costituzione di un Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri (novembre 2022) PG AUSL n. 79878 del 30/11/2022 e PG AOU n. 30595 “Istituzione del Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri di AOU e AUSL di Ferrara”, aggiornato nella sua composizione nel novembre 2024 con nota PG AOUFE 0026222e la definizione di “Piano per il miglioramento della rete dei Pronto Soccorso nella provincia di Ferrara” Delibera 320 del 9/12/22 “Approvazione del piano per il miglioramento della rete dei PS nella Provincia di Ferrara”.

Azienda	Pronto Soccorso	Trend N. ACCESSI al Pronto Soccorso – Anni 2019-2024					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024
AOU FE	PS CONA	93.919	66.238	71.481	78.405	86.889	91.017
AUSL FE	PS DELTA	27.412	19.023	22.237	23.792	25.448	26.334
	PS CENTO	22.850	16.476	19.663	24.554	21.976	23.427
	PS ARGENTA	14.629	9.635	10.864	13.400	14.633	14.841
	TOTALE	158.810	111.372	124.245	140.151	148.946	155.619

Uno dei principali indicatori oggetto di attenzione per le sedi di Pronto Soccorso valuta il numero di accessi con un tempo di permanenza inferiore alle 6 ore + 1 per i casi complessi. Viene calcolato per i PS generali con un volume di attività superiore o uguale ai 45.000 accessi annui con un target del 95% e per quelli con un volume sotto i 45.000 un target del 90%. Per quanto riguarda l’attività nei Pronto Soccorso provinciali, la % di accessi con permanenza <6h+1 nell’anno 2024 mostra un trend di miglioramento in tutti e tre i Presidi Provinciali, con 2 PS che raggiungono il target:

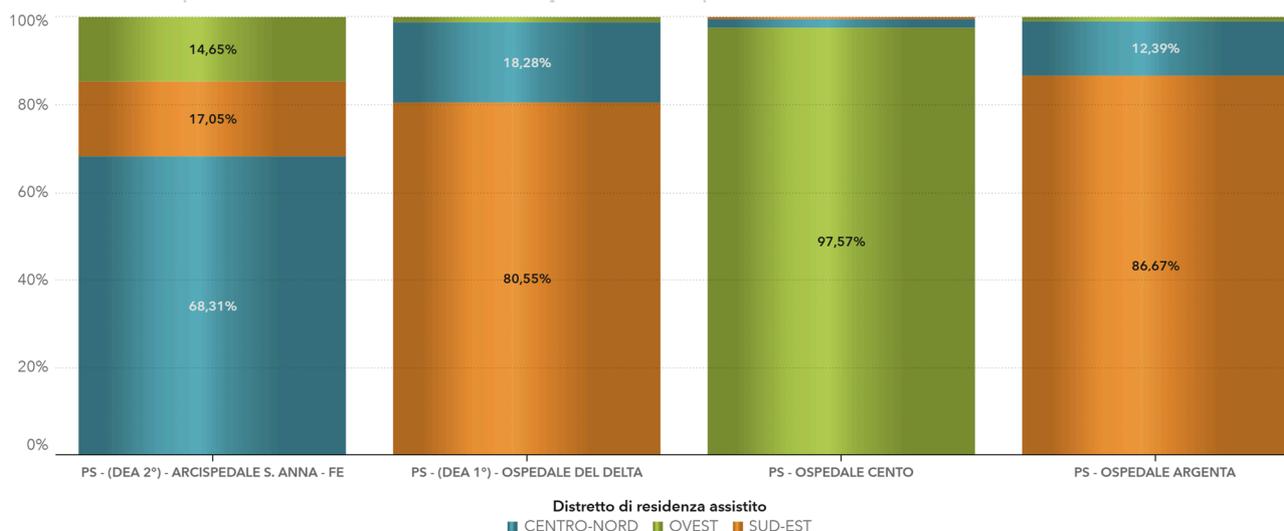
- Argenta: 95,32%;
- Delta: 80,99%;
- Cento: 95,29%.

Per il Pronto Soccorso della Azienda Ospedaliera si evidenzia un sostanziale mantenimento rispetto al 2023 della % di accessi con permanenza <6h+1: 77,28% nel 2023, contro il 76,87% del 2024. Immutato rispetto al 2023 anche il tempo medio di permanenza.

Il seguente indicatore è collegato al precedente poiché a tempi lunghi corrisponde una maggior quota di abbandoni.

IND0137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PS - (DEA 2°) AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	3,19	2,95	3,86	5,02	3,71	3,64
PS - OSPEDALE ARGENTA	1,26	0,87	1,55	3,51	2,94	2,54
PS - (DEA 1°) - OSPEDALE DEL DELTA	2,59	2,46	4,06	5,27	2,76	3,40
PS - OSPEDALE CENTO	4,42	1,88	1,9	3,04	1,23	1,09

Per quanto riguarda la percentuale di accesso al PS per Distretto di residenza e sede PS nel 2024 si osserva il seguente grafico.



L'indice di filtro del PS, ossia la percentuale di accessi ai PS seguiti da ricovero nella stessa struttura o in altre, ha raggiunto percentuali molto elevate negli anni del Covid ed è in calo dal 2022.

IND0782 - Indice di filtro del PS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PS - (DEA 2°) AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	29,12	36,6	35,56	32,01	27,86	24,43
PS - OSPEDALE ARGENTA	8,6	10,16	9,59	7,54	7,63	6,20
PS - (DEA 1°) - OSPEDALE DEL DELTA	16,92	18,91	18,79	17,25	15,15	15,08
PS - OSPEDALE CENTO	13,3	15,93	14,34	12,57	10,90	9,73

Le cure intermedie

Per quanto riguarda l'area delle cure intermedie, nell'anno 2024 presso gli OSCO provinciali sono stati presi in carico 713 pazienti, di questi il 58% sono stati dimessi a domicilio, il 20,7% presso una struttura socio-sanitaria, il 15,8% ad ospedale pubblico e privato, il 4,1% si è dimesso volontariamente, mentre il restante tra dimissione protetta in Hospice e decesso.

Stabilimento	Dimessi	Modalità di Dimissione					
		Deceduto	Domicilio	Trasferito ad ospedale pubblico o privato	Struttura socio-sanitaria	Dimissione protetta presso Hospice	Dimissione volontaria
OS.CO. COMACCHIO	265	.	156	46	47	3	13
OS.CO. COPPARO	211	2	126	34	38	2	9
OSCO DI CONA	237	1	131	33	63	2	7
TOTALE	713	3	413	113	148	7	29

Piano Nazionale Esiti

Gli indicatori del Piano Nazionale Esiti che portano ad un rischio (RR) significativamente ($p < 0,05$) della popolazione ricoverata presso le strutture della provincia di Ferrara rispetto alla popolazione italiana sono rappresentate nella tabella sottostante.

Programma Nazionale Esiti - Edizione 2024 - Indicatori di processo/esito

Azienda AOSP Ferrara - Emilia-Romagna

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara	N	% Grezza	% Adj	RR	p
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	183	26,78	27,82	2,4	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	322	80,12	79,83	1,13	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	285	36,49	41,88	1,32	0,001
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	274	2,19	1,42	0,25	0,001
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	274	1,83	1,16	0,23	0,001
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	322	65,22	64,76	1,15	0,001
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1400	18,29	18,39	0,81	0,003
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	227	63	64,21	1,14	0,008
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	282	80,85	88,32	1,04	0,012
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	525	4,95	3,22	1,66	0,013
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1160	7,93	8,25	0,78	0,014
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	274	1,83	2	0,39	0,032
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	409	4,4	3,82	0,59	0,034
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	421	4,99	3,83	0,54	0,04
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	288	7,29	6,1	0,64	0,042
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	274	2,19	2,48	0,44	0,042

Azienda AUSL Ferrara - Emilia-Romagna

Ospedale di Cento	N	% Grezza	% Adj	RR	p
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	148	4,73	5,55	2,87	0,005
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	86	69,77	62,41	0,74	0,001
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	87	9,2	5,62	0,18	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	112	92,86	92,56	1,31	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	112	83,93	83,8	1,49	0

Ospedale del Delta	N	% Grezza	% Adj	RR	p
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	117	2,56	2,23	0,31	0,085
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	95	58,95	58,18	1,83	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	149	84,56	83,81	1,19	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	149	71,81	71,07	1,26	0

Tutti gli altri indicatori PNE edizione 2024 Indicatori di processo/esito sono in linea con quanto avviene in Italia.

Gli indicatori in cui RR è < 1 sono quelli sui quali abbiamo una performance migliore rispetto alla media nazionale, mentre quelli con RR > 1 sono indice di processi/esiti peggiori.

I dati economici

Rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del PIAO, nonché del piano degli investimenti attuato

L'anno 2024 si è rilevato particolarmente critico in ragione:

- del sensibile impatto dei rinnovi contrattuali che hanno gravato interamente sul livello di finanziamento del SSN;

- dei notevoli incrementi della spesa farmaceutica necessari per continuare a garantire l'attuale livello assistenziale e la presa in carico dei pazienti;
- degli incrementi della spesa farmaceutica convenzionata a seguito dell'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie previsto dall'art. 1 comma 223 e ss. della L. di bilancio 2024;
- del permanere di consistenti costi energetici ed inflattivi.

Tali difficoltà erano già state evidenziate dalla Regione nella DGR 945/2024 "Linee guida alla programmazione 2024". Entrambe le Aziende della Provincia di Ferrara hanno impostato le proprie azioni valorizzando economie di spesa e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema anche in relazione agli specifici obiettivi assegnati dalla RER per alcuni aggregati di spesa e che le aziende hanno raggiunto. Nel corso del 2024 è stato ulteriormente rafforzato il monitoraggio economico di costi e ricavi mediante il tavolo dei gestori.

Il 2024 ha visto impegnate le Aziende sul fronte del recupero delle liste d'attesa, al fine di dare attuazione al Piano Straordinario per il contenimento dei tempi di attesa anno 2024-2025 (deliberazione Ausl n. 186/2024 e deliberazione Aou n. 148/2024), così come previsto dalla DGR 620/2024 e n. 945/2024 e dal Decreto-Legge 73/2024 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107. A questa attività si è aggiunta la prosecuzione delle attività funzionali allo sviluppo delle progettualità legate al PNRR.

Si precisa che nell'anno 2024 l'Azienda USL ha dovuto far fronte a quattro focolai di aviaria registrati nel territorio della Provincia di Ferrara nel mese di ottobre che hanno determinato una spesa per circa 10,4 milioni di euro tra indennità di abbattimento animali infetti e disinfezione degli ambienti. Tale spesa in assenza di specifici ricavi, ancora da erogarsi da parte del livello regionale, è interamente ricaduta sul bilancio aziendale.

I bilanci di esercizio 2024 sono stati chiusi in perdita per entrambe le Aziende. Rispetto a tali risultati, in sede di verifica dei risultati d'esercizio del settore sanitario da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'art. 1 c. 174 l. 311/2004 a fronte di un Modello CE riepilogativo regionale al IV trimestre 2024 che presenta un disavanzo potenziale di 197.438.000,00 di euro, la Regione Emilia-Romagna ha disposto di dare copertura integrale allo stesso, provvedendo:

- con D.G.R. n. 604 del 22/04/2025, ad applicare al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025, la quota di euro 188.000.000,00 accantonata nel risultato di amministrazione al 31.12.2024 e già destinata al ripiano dei disavanzi sanitari relativi ad esercizio pregresso in forza della D.G.R. n. 603 del 22/04/2025 di approvazione del Progetto di Legge di Rendiconto generale della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio 2024;
- con D.G.R. 605 del 22/04/2025, a prelevare dal Fondo spese imprevidite iscritto alla Missione 20, Programma 3, Titolo 1 del Bilancio di previsione 2025-2027, così come risultante dalla L.R. 31 marzo 2025, n. 4, tra le cui finalizzazioni figura "il finanziamento aggiuntivo a favore del Servizio Sanitario Regionale per il ripiano dei disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi" l'importo di euro 9.438.000,00.

Le perdite sono già state ripianate dalla Regione Emilia Romagna con Delibera n. 818 del 26/05/2025.

Azienda USL di Ferrara

Schema riassuntivo di bilancio confronto anni 2024-2023.

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Bil. Es. 2023	Bil. Es. 2024	diff Bil Es 2024 vs Bil Es 2023	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	822.693.166,08	838.914.667,11	16.221.501,03	2,0%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	818.214.726,29	853.734.520,27	35.519.793,98	4,3%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-1.581.609,03	-1.522.794,69	58.814,34	-3,7%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0,00	0,00	0,00	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	9.986.715,34	6.567.653,19	-3.419.062,15	-34,2%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	12.878.732,19	12.332.411,18	-546.321,01	-4,2%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	4.813,91	-22.107.405,84	-22.112.219,75	-459340,1%

L'Azienda ha impostato la propria attività valorizzando economie di spesa e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema. Inoltre, ha ulteriormente rafforzato il monitoraggio economico di costi e ricavi mediante il tavolo dei gestori.

A) VALORE DELLA PRODUZIONE

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Bil. Es. 2023	Bil. Es. 2024	diff Bil Es 2024 vs Bil Es 2023	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
A.1) Contributi in c/esercizio	759.539.641,10	755.893.364,56	-3.646.276,54	-0,5%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-642.763,97	-315.707,73	327.056,24	-50,9%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	6.508.120,87	15.104.510,11	8.596.389,24	132,1%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	29.611.728,23	30.251.260,72	639.532,49	2,2%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	9.569.336,15	17.681.631,58	8.112.295,43	84,8%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	9.479.101,97	10.784.043,45	1.304.941,48	13,8%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	7.193.587,23	7.080.797,23	-112.790,00	-1,6%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	251.169,65	0,00	-251.169,65	-100,0%
A.9) Altri ricavi e proventi	1.183.244,85	2.434.767,19	1.251.522,34	105,8%
Totale A)	822.693.166,08	838.914.667,11	16.221.501,03	2,0%

L'aggregato incrementa € 16.221.501 rispetto al bilancio di esercizio 2023 principalmente per maggiori utilizzi e rimborsi payback a garanzia dell'equilibrio economico finanziario. L'aggregato comprende inoltre l'inserimento dell'utilizzo del fondo Balduzzi per +1,1 mln di euro.

B) COSTI DELLA PRODUZIONE

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Bil. Es. 2023	Bil. Es. 2024	diff Bil Es 2024 vs Bil Es 2023	%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
B.1) Acquisti di beni	72.004.145,53	78.265.769,75	6.261.624,22	8,7%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	507.035.429,25	537.550.545,25	30.515.116,00	6,0%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	30.632.641,81	32.886.890,38	2.254.248,57	7,4%
B.4) Manutenzione e riparazione	13.302.205,20	16.069.670,86	2.767.465,66	20,8%
B.5) Godimento di beni di terzi	3.277.742,21	5.421.600,69	2.143.858,48	65,4%
B.6) Costi del personale	157.450.887,10	160.080.934,02	2.630.046,92	1,7%
B.7) Oneri diversi di gestione	3.791.698,89	2.715.260,78	-1.076.438,11	-28,4%
B.8) Ammortamenti	10.288.821,63	10.196.618,43	-92.203,20	-0,9%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.143.354,90	12.852,63	-1.130.502,27	-98,9%
B.10) Variazione delle rimanenze	472.690,05	-2.918.598,17	-3.391.288,22	-717,4%
B.11) Accantonamenti	18.815.109,72	13.452.975,65	-5.362.134,07	-28,5%
Totale B)	818.214.726,29	853.734.520,27	35.519.793,98	4,3%

I costi di produzione presentano complessivamente un incremento di + 35,519 mln di euro rispetto al bilancio di esercizio 2023 (+ 4,34%).

Il costo della produzione 2024 comprende la spesa sostenuta dall'Azienda USL di Ferrara per i quattro focolai di aviaria ed uno per connessione epidemiologica da focolaio di influenza aviaria che si sono registrati nel territorio della provincia di Ferrara nel mese di ottobre ed hanno determinato una spesa a carico dell'Azienda USL per circa 10,4 mln di euro tra indennità di abbattimento, attività di accantieramento, soppressione animali e distruzione carcasse.

Si precisa che nel bilancio di esercizio 2024, come da indicazioni regionali, non è stato inserito, tra i ricavi, il contributo regionale a copertura dell'indennità di abbattimento animali infetti da corrispondere all'allevatore ai sensi della DGR 1946/2018. Tale costo ha quindi gravato sul risultato d'esercizio dell'Azienda. Si sono inoltre rilevati maggiori costi per beni sanitari e non sanitari soprattutto farmaci e per servizi sanitari (farmaceutica convenzionata, specialistica in mobilità, assistenza protesica ecc..). I costi sostenuti per i servizi sanitari riflettono nell'aggregato della specialistica i maggiori oneri derivanti dal piano straordinario dei tempi di attesa, con incrementi nella specialistica in mobilità, nella committenza nei confronti del privato accreditato e nella simil-alp.

Relativamente ai servizi non sanitari l'aumento della spesa è principalmente legato ad incrementi Istat e maggiori costi per riscaldamento (nuovo contratto multiservice). L'incremento delle manutenzioni è riferito principalmente alle manutenzioni fabbricati e impianti (applicazione del nuovo contratto Intercenter ad integrazione dei servizi non compresi nel contratto preesistente) ed alle manutenzioni software (sistemi informativi a supporto dell'attività di recupero dei tempi di attesa). L'aggregato del godimento beni di terzi vede una maggior spesa legata all'incremento dei canoni di noleggio di attrezzature sanitarie per la teleriabilitazione (coperti da fondi PNRR). Si rileva inoltre un incremento del costo del personale determinato principalmente da maggiori oneri contrattuali.

Il valore degli accantonamenti, da valutare al netto dell'accantonamento per il FRNA, decrementa rispetto al bilancio di esercizio 2023 principalmente per minori accantonamenti di quote inutilizzate di contributi (in particolare PNRR) oltre che per l'azzeramento degli accantonamenti relativi ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato laddove l'Azienda non ha provveduto ad effettuare alcun accantonamento per i futuri rinnovi dei contratti, così come da indicazioni regionali.

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Bil. Es. 2023	Bil. Es. 2024	diff Bil Es 2024 vs Bil Es 2023	%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
E.1) Proventi straordinari	12.291.115,24	15.191.422,78	2.900.307,54	23,6%
E.2) Oneri straordinari	2.304.399,90	8.623.769,59	6.319.369,69	274,2%
Totale E)	9.986.715,34	6.567.653,19	-3.419.062,15	-34,2%

La variazione è data sia da un incremento dei proventi sia da maggiori oneri straordinari.

L'aggregato comprende i maggiori oneri determinati dagli arretrati contrattuali 2019-2021 a cui copertura sono stati assegnati specifici contributi.

Relativamente ai proventi l'incremento rispetto al bilancio d'esercizio 2023 è dato principalmente da maggiori contributi e insussistenze attive, tra cui stralci di debiti pregressi.

Relativamente agli oneri straordinari è dato oltre che dalla contabilizzazione degli arretrati contrattuali 2019-2021 al netto dei relativi fondi, da diverse sopravvenienze passive. tra cui la sopravvenienza relativa al servizio di poste italiane in relazione alle fatture ricevute relative ad anni pregressi non preventivate.

Si rileva inoltre, l'azzeramento delle note di credito da ricevere per la mobilità extra regionale 2022 da parte del privato accreditato, a fronte delle quali è stato previsto specifico contributo regionale.

PIANO INVESTIMENTI

Si riporta di seguito un dettaglio degli investimenti e delle relative fonti di finanziamento per gli anni 2021 e 2022. Si propone inoltre la percentuale degli investimenti realizzati nell'anno rispetto agli investimenti previsti.

INVESTIMENTI 2023 E 2024 - Ausl Ferrara		
TIPOLOGIA	2023	2024
ATTREZZATURE SANITARIE	977.396,57	1.727.274,60
LAVORI, di cui:	6.324.629,63	8.297.052,94
MANUTENZIONE STRAORDINARI IMMOBILI	6.212.207,13	7.964.569,27
INTERVENTI RIPRISTINO POST SISMA MIGLIORIE SU BENI DI TERZI	112.422,50	332.483,67
ICT , di cui:	1.299.631,71	2.043.246,00
ATTREZZATURE INFORMATICHE	365.472,45	488.959,31
SOFTWARE E LICENZE	934.159,26	1.554.286,69
MOBILI E ARREDI	29.391,67	53.997,71
AUTOMEZZI	90.219,23	76.192,76
ATTREZZATURE NON SANITARIE	10.861,67	38.909,82
TOTALE INVESTIMENTI REALIZZATI NELL'ANNO	8.732.130,48	12.236.673,83
INVESTIMENTI DA REALIZZARE NELL'ANNO	43.819.891,50	30.578.068,08
% INVESTIMENTI REALIZZATI	20%	40%
FONTI DI FINANZIAMENTO		
RISORSE PROPRIE, di cui:	-	-
MUTUO		
PROGETTI DI RICERCA/SPERIMENTAZIONI		
ART. 113 DLGS 50/16	-	-
RISORSE DI CUI:	341.233,87	595.391,44
FESR		-
ART.2 D.L.34	341.233,87	595.391,44
DONAZIONI	27.616,32	159.933,31
PNRR	3.368.190,42	5.916.614,49
FONDI REGIONALI	1.834.005,08	768.695,90
FONDI VINCOLATI E RETTIFICHE	851.219,51	305.420,93
RIMBORSI PER INTERVENTI POST SISMA		-
INVESTIMENTI EX ART 20	464.019,51	1.247.050,91
AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	1.454.450,95	616.878,08
FOI RIMODULAZIONE PNRR IN ART. 20 LEGGE 67/88	-	2.550.090,77
FSA STATO-ALTRO	390.830,86	76.598,00
SPEPR SPERIMENTAZIONI DA PRIVATO	563,96	-
TOTALE FINANZIAMENTI DEGLI INVESTIMENTI REALIZZATI NELL'ANNO	8.732.130,48	12.236.673,83

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Schema riassuntivo di bilancio confronto anni 2024-2023

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Ministero Salute 20-03-2013		Bilancio d'esercizio 2023	Bilancio d'esercizio 2024	VARIAZIONE Bilancio d'esercizio 2024/Bilancio d'esercizio 2023	
				Importo	%
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	358.626.039	373.774.217	15.148.179	4,22%
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE	361.032.440	381.954.094	20.921.655	5,79%
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-1.104.082	-1.004.200	99.882	-9,05%
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-	-
E)	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	13.829.035	9.842.591	-3.986.443	-28,83%
Y)	IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	10.312.339	10.342.778	30.439	0,30%
RISULTATO DELL'ESERCIZIO		6.212	-9.684.263	-9.690.476	-155986,53%

Il Bilancio d'esercizio 2024, nonostante le azioni di razionalizzazione messe in campo, ha chiuso come anticipato in premessa con una perdita di € 9.684.263.

A) VALORE DELLA PRODUZIONE

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Ministero Salute 20-03-2013		Bilancio d'esercizio 2023	Bilancio d'esercizio 2024	VARIAZIONE Bilancio d'esercizio 2024/Bilancio d'esercizio 2023	
				Importo	%
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE				
1)	Contributi in c/esercizio	86.713.846	91.443.955	4.730.109	5,45%
2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-227.136	-368.091	-140.955	62,06%
3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	523.271	1.983.771	1.460.500	279,11%
4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	234.559.426	243.662.105	9.102.680	3,88%
5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	23.725.336	22.053.186	-1.672.151	-7,05%
6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.234.598	3.934.334	699.736	21,63%
7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	9.600.137	9.771.434	171.298	1,78%
8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9)	Altri ricavi e proventi	496.561	1.293.523	796.962	160,50%
Totale A)		358.626.039	373.774.217	15.148.179	4,22%

Complessivamente il valore della produzione evidenzia un incremento di + 15.148.179 euro rispetto al consuntivo 2023.

Tale aumento è stato in particolar modo determinato da maggiori contributi, da una maggior produzione, soprattutto nei confronti dell'Azienda Territoriale e dall'utilizzo del fondo Balduzzi (residuo al 31 dicembre 2023).

Il valore della degenza RER extra provinciale è stato contabilizzato sulla base delle indicazioni regionali, con un incremento rispetto al consuntivo 2023 di +666.904 euro, parimenti non è più stato assegnato lo specifico contributo di 1.401.204 euro. Sempre per la mobilità da Aziende Sanitarie della Regione si rileva un incremento di 671.857,75 euro rispetto al consuntivo 2023 della specialistica e dell'erogazione farmaci.

Per la mobilità da Aziende Sanitarie di altre Regioni si evidenzia un sostanziale allineamento rispetto al consuntivo 2023.

B) COSTI DELLA PRODUZIONE

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Ministero Salute 20-03-2013	Bilancio d'esercizio 2023	Bilancio d'esercizio 2024	VARIAZIONE Bilancio d'esercizio 2024/Bilancio d'esercizio 2023	
			Importo	%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	97.228.659	92.069.908	-5.158.751	-5,31%
2) Acquisti di servizi sanitari	28.434.727	32.091.898	3.657.170	12,86%
3) Acquisti di servizi non sanitari	56.846.229	57.215.910	369.680	0,65%
4) Manutenzione e riparazione	20.689.143	20.372.007	-317.136	-1,53%
5) Godimento di beni di terzi	5.561.192	6.802.533	1.241.341	22,32%
6) Costi del personale	140.349.516	143.192.235	2.842.718	2,03%
7) Oneri diversi di gestione	1.619.244	1.661.413	42.168	2,60%
8) Ammortamenti	12.153.593	13.250.187	1.096.594	9,02%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	318.215	189.986	-128.229	-40,30%
10) Variazione delle rimanenze	-9.849.991	1.248.412	11.098.403	-112,67%
11) Accantonamenti	7.681.912	13.859.607	6.177.695	80,42%
Totale B)	361.032.440	381.954.094	20.921.655	5,79%

I valori del consuntivo 2024 mostrano un incremento dei costi della produzione rispetto al consuntivo 2023 per 20.921.655 euro.

Rispetto al consuntivo 2023 l'incremento è distribuito in quasi la totalità delle voci con maggior incidenza sui beni (compresa la variazione delle rimanenze), sui servizi sanitari, sul personale, sugli ammortamenti e sugli accantonamenti.

Di seguito si riassumono le principali variazioni:

L'acquisto beni vede un incremento, determinato, come già anticipato in premessa dalla maggior spesa per farmaci necessaria al mantenimento degli attuali livelli assistenziali erogati ai pazienti (soprattutto oncologici e malattie rare). Si rileva inoltre un incremento dei dispositivi legati al pieno avvio della chirurgia robotica.

Per i Servizi sanitari, rispetto al Consuntivo 2023, l'incremento è determinato principalmente da maggiori prestazioni erogate in regime di libera professione, con incremento anche dei corrispondenti ricavi, oltre all'incremento dei servizi sanitari da privato e ai maggiori costi per simil alp, legati anche al piano straordinario dei tempi di attesa.

Per i servizi non sanitari rispetto al consuntivo 2023, si rileva sostanzialmente un incremento quale risultato da un lato della diminuzione dei costi energetici più che compensati dai maggiori costi degli altri servizi non sanitari. In tale aggregato sono compresi quota parte dei costi derivanti dall'Accordo a seguito di procedura di negoziazione assistita tra l'Azienda Universitaria di Ferrara e Prog.Este SPA. Si rileva inoltre la contabilizzazione del trascinarsi del contratto di esternalizzazione del magazzino farmaceutico per tutto l'anno 2024 iniziato a settembre 2023.

Per le manutenzioni si rileva una minor spesa, ad eccezione delle manutenzioni di area informatica che hanno avuto un incremento rispetto al 2023 (Cybersec, integrazione Flussi, control room, presidi preoperatori e assistenza all'avvio e presidio GAAC). Per le manutenzioni alle attrezzature sanitarie va evidenziata la conclusione del contratto dell'acceleratore VARIAN per dismissione dello stesso.

Per il godimento beni di terzi si rileva un incremento rispetto al consuntivo 2023 determinato dal trascinarsi del canone di locazione alla voce fitti passivi da corrispondere all'INAIL (da aprile 2023) in

relazione all'utilizzo degli spazi ad essa venduti e una maggior spesa legata all'attivazione di contratti di noleggio per attrezzature sanitarie.

Si rileva inoltre un incremento del costo del personale determinato principalmente da maggiori oneri contrattuali.

Per quanto riguarda gli ammortamenti si evidenzia un incremento complessivo, riconducibile sia all'avvio del nuovo sistema GAAC, che ha allineato il calcolo di alcuni ammortamenti alle regole regionali sia ad effettivi aumenti dovuti a nuove acquisizioni, in particolare di attrezzature informatiche e software. Per queste ultime aumentano anche le sterilizzazioni.

La variazione delle rimanenze rileva un decremento, soprattutto in ragione delle scorte costituite preventivamente nel 2023 in fase di avvio della nuova procedura contabile GAAC, non più necessarie nel 2024.

L'incremento degli accantonamenti è determinato principalmente dagli accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) e dagli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati PNRR oltre che dall'incremento del fondo Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D.lgs 50/2016 e art. 45 D. Lgs. 36/23.

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Ministero Salute 20-03-2013	Bilancio d'esercizio 2023	Bilancio d'esercizio 2024	VARIAZIONE Bilancio d'esercizio 2024/Bilancio d'esercizio 2023	
			Importo	%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		-		
1) Proventi straordinari	15.469.755	21.498.562	6.028.807	38,97%
2) Oneri straordinari	1.640.720	11.655.970	10.015.250	610,42%
Totale E)	13.829.035	9.842.591	-3.986.443	-28,83%

La variazione negativa dipende dall'incremento degli oneri rispetto ai proventi.

Per i proventi straordinari l'incremento è dato principalmente da maggiori insussistenze attive per beni e servizi legate alla sistemazione di partite debitorie pregresse, da maggiori contributi RER per il sostegno all'equilibrio economico e per arretrati contrattuali e da insussistenze del passivo per stralcio debiti verso dipendenti e istituti previdenziali relativi agli anni 2022 e 2023. Hanno inoltre inciso le insussistenze attive registrate a seguito della risoluzione del contenzioso ISTAT con il concessionario e per quanto avuto a rimborso dall'Agenzia dell'Entrate ad esito di specifica richiesta di rimborso dell'IVA versata a suo tempo con split-payment sulle medesime partite a credito.

L'incremento degli oneri straordinari è dato sostanzialmente dai costi legati al raggiungimento dell'Accordo a seguito di procedura di negoziazione assistita tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e Prog.Este SPA, per le quote a carico degli esercizi precedenti al 2024 quale riconoscimento sia del mancato margine di Pef dei parcheggi a pagamento sia di quota parte del margine di Pef delle degenze a pagamento. Sono state altresì registrate le sopravvenienze passive legate agli arretrati per rinnovi contrattuali sia per la dirigenza medica, non medica e PTA, per l'indennità di PS e legge Gelli.

PIANO INVESTIMENTI

Si riporta di seguito un dettaglio degli investimenti e delle relative fonti di finanziamento per gli anni 2024 e 2023. Si propone inoltre la percentuale degli investimenti realizzati nell'anno rispetto agli investimenti previsti.

INVESTIMENTI 2023 E 2024 - Aosp Ferrara		
TIPOLOGIA	2023	2024
ATTREZZATURE SANITARIE	1.699.007,99	6.553.366,19
LAVORI, di cui:	761.383,20	248.852,51
MANUTENZIONE STRAORDINARI IMMOBILI	761.383,20	248.852,51
INTERVENTI RIPRISTINO POST SISMA MIGLIORIE SU BENI DI TERZI	-	
ICT, di cui:	1.786.968,39	2.591.760,04
ATTREZZATURE INFORMATICHE	320.878,05	561.107,46
SOFTWARE E LICENZE	1.466.090,34	2.030.652,58
MOBILI E ARREDI	20.735,65	24.079,58
ATTREZZATURE NON SANITARIE	58.297,70	40.835,82
TOTALE INVESTIMENTI REALIZZATI NELL'ANNO	4.326.392,93	9.458.894,14
INVESTIMENTI DA REALIZZARE NELL'ANNO	11.164.514,06	14.419.826,81
% INVESTIMENTI REALIZZATI	39%	66%
FONTI DI FINANZIAMENTO		
RISORSE PROPRIE, di cui:	195.013,26	136.337,59
MUTUO	65.495,51	50.690,63
PROGETTI DI RICERCA/SPERIMENTAZIONI E MIGLIORAMENTO	129.517,75	85.646,96
RISORSE DI CUI:	89.269,53	-
FESR		
ART.2 D.L.34	89.269,53	
DONAZIONI E RETTIFICHE	539.000,68	449.034,84
PNRR	1.387.324,74	6.228.509,09
FONDI REGIONALI	842.991,73	559.910,12
INVESTIMENTI EX ART 20 - e FSA STATO_ALTRO	1.244.557,21	2.085.102,50
FINANZIAMENTI PER BENI DI PRIMA DOTAZIONE	28.235,78	
RIMBORSI PER INTERVENTI POST SISMA MIGLIORIE BENI DI TERZI		
TOTALE FINANZIAMENTI DEGLI INVESTIMENTI REALIZZATI NELL'ANNO	4.326.392,93	9.458.894,14

Il personale

Di seguito, si riportano le tabelle di composizione del personale dipendente, sia per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sia per l'Azienda USL di Ferrara.

Azienda Ospedaliero Universitaria Anno 2024	Personale dipendente		Personale universitario	
	TESTE	COSTO	TESTE	COSTO
VALORI ESPRESSI IN:				
PERSONALE DIRIGENTE				
Medici ¹	516	57.999.668	86	5.085.953
Veterinari				
Dirigenza sanitaria	61	6.094.400	7	288.938
Dirigenza PTA	24	2.324.688		
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	601	66.418.757	93	5.374.891
PERSONALE COMPARTO				
Personale infermieristico	1.294	66.786.653	1	7.187
Personale sanitario altri	315	11.265.586	16	109.953
OSS/OTA	377	13.203.325		
Personale tecnico altri	131	6.750.028	2	6.391
Personale amministrativo	191	8.241.305	13	32.970
TOTALE PERSONALE COMPARTO	2.308	106.246.896	32	156.501
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA	2.909	172.665.653	125	5.531.392

¹comprende anche gli odontoiatri

Azienda USL Anno 2024	Personale dipendente		Personale universitario	
	TESTE	COSTO	TESTE	COSTO
VALORI ESPRESSI IN:				
PERSONALE DIRIGENTE				
Medici ¹	445	60.268.555,10	22	2.019.398
Veterinari	29	3.927.613,70		
Dirigenza sanitaria	90	4.908.499,50		
Dirigenza PTA	43	3.892.431,02		
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	599	73.129.680,88	22	2.019.398
PERSONALE COMPARTO				
Personale infermieristico	1567	76.994.057,98		
Personale sanitario altri	422	16.495.837,82		
OSS/OTA	451	18.114.994,79		
Personale tecnico altri	312	13.427.931,97		
Personale amministrativo	270	13.417.078,74		
TOTALE PERSONALE COMPARTO	3002	137.456.043,61	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA	3.601	210.585.724,49	22	2.019.398

¹comprende anche gli odontoiatri

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

3.1. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE

Sottosezione di Programmazione dell'accesso e della domanda

Obiettivi con impatto diretto sulla modalità di accesso degli utenti alle prestazioni e ai servizi

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (classe priorità D) - SSN
- Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (classe di priorità D) - SSN
- Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg
- % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D (tipo accesso = 1 – SSN) - NSG
- % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (tipo accesso = 1 – SSN) - NSG
- % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)
- % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Le Aziende Sanitarie ferraresi sono particolarmente impegnate nel perseguire, con tutti gli strumenti a disposizione, il governo dei **tempi di attesa**. Le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara, correntemente con quanto previsto dalla Normativa vigente, hanno deciso di potenziare quanto già previsto dal PAGLA 2019-2021 e di adottare ulteriori iniziative per far fronte al contenimento dei tempi d'attesa come previsto dal DL n. 73/2024 e dalla DGR 620/2024.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Appropriatezza prescrittiva

Dai dati estratti dalla dashboard direzionale risulta con evidenza un elevato squilibrio tra le prestazioni prescritte e prenotate in ambito provinciale. Visto che i principali prescrittori di prestazioni specialistiche sono i medici di assistenza primaria e in particolare i MMG, saranno effettuate analisi maggiormente accurate e interventi puntuali, per avere a disposizione indicatori di performance territoriali riferiti ai singoli Nuclei di Cure Primarie e per singolo MMG/PLS. Sarà incrementata l'attività e il numero di discipline coinvolte nel teleconsulto tra specialisti e con MMG/PLS al fine di ridurre l'indice di consumo inappropriato di prestazioni

specialistiche di primo accesso (si rimanda tabella su indice di consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Attraverso l'integrazione di modelli predittivi nei sistemi informativi aziendali è possibile prevedere l'avvio di un progetto di appropriatezza prescrittiva in specialistica ambulatoriale supportato dall'intelligenza artificiale (IA). L'IA analizza dati clinici, prescrizioni precedenti e linee guida evidence-based per supportare i medici nel processo decisionale, suggerendo in tempo reale le prestazioni più appropriate in base al profilo del paziente e al sospetto clinico. Il sistema può inoltre generare alert su potenziali inadeguatezze, ridondanze o deviazioni dai protocolli, promuovendo così un uso più razionale delle risorse, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i costi.

Presa in carico del paziente da parte dello specialista

A tal proposito e in aggiunta a quanto previsto dalla Normativa regionale di riferimento le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara devono completare l'implementazione dei percorsi clinici uniformi e trasversali coerentemente col progetto di unificazione delle Aziende Sanitarie provinciali. Anche l'incremento e/o lo sviluppo di attività di telemedicina è volta al contenimento dei TdA.

Governo dell'offerta

Il fabbisogno. Piano di produzione.

Il piano di produzione dell'offerta viene determinato attraverso la definizione di un contratto di fornitura con le strutture private accreditate e attraverso la definizione di un budget annuale di attività con i dipartimenti.

Proseguimento dell'attività delle branche specialistiche territoriali

- **Pneumologia Territoriale.** Confermato il potenziamento della rete territoriale pneumologica, in linea anche con quanto indicato nel D.M. 77/2022. Lo sviluppo della pneumologia territoriale è costituito da gruppi distrettuali (equipe medico – infermieristica) orientati allo sviluppo della domiciliarità e della prossimità delle cure e del monitoraggio. I gruppi distrettuali collaborano con gli Infermieri di famiglia e comunità per supportare lo screening rivolto ad utenti con fattori di rischio per l'insorgenza della BPCO.
- **Riabilitazione Territoriale.** Nasce con l'obiettivo di creare una rete per la riabilitazione integrata sul territorio, per garantire un'assistenza di eccellenza in prossimità del paziente. Il gruppo riabilitativo formato da professionisti delle aree riabilitativa, infermieristica e medica costituisce il fulcro e lo snodo clinico-organizzativo per promuovere nuove modalità di presa in carico ed azioni preventive-curative della popolazione con pluri patologie croniche.
- **Infettivologia Territoriale.** Si rende necessario potenziare la rete territoriale di malattie infettive, in linea con quanto indicato nel D.M. 77, con lo scopo di garantire un'assistenza di eccellenza in prossimità del paziente, basata sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti sul territorio.
- **Oncologia territoriale (OnCo-nnect).** Nell'ambito dello sviluppo dell'oncologia territoriale e della rete locale delle cure palliative, l'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta un promotore attivo dei percorsi e garantisce un monitoraggio continuativo e livelli educativi permanenti agli utenti oncologici in una logica di prossimità delle cure.

A garanzia del rispetto dei tempi di attesa le Aziende sanitarie ferraresi metteranno in campo tutte le azioni necessarie come la prosecuzione della standardizzazione e uniformità del tempario delle prestazioni specialistiche, l'utilizzo a pieno regime della dashboard per il monitoraggio e la revisione in tempo reale dell'offerta, la ripianificazione organizzativa ed efficientamento delle agende.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi
- % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi
- Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - NSG
- Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - NSG
- Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Accesso in Pronto Soccorso

Le Aziende Sanitarie ferraresi proseguono le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e gli interlocutori aziendali individuati (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

Particolare attenzione viene prestata all'attuazione di una procedura dei sistemi informativi per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale e l'interoperabilità degli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118, secondo il DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" e la DGR 1129/2019.

Per quanto riguarda l'attività nei Pronto Soccorso provinciali, la % di accessi con permanenza <6h+1 nell'anno 2024 mostra un trend di miglioramento in tutti e tre i Presidi Provinciali, con 2 PS che raggiungono il target:

- Argenta: 95,32%;
- Delta: 80,99%;
- Cento: 95,29%.

Continuano le azioni messe in campo per aumentare la capacità e la resilienza del sistema, grazie anche alla istituzione di un tavolo di lavoro interaziendale che periodicamente analizza le criticità del Pronto Soccorso e cerca di intervenire sul boarding analizzando: i volumi di accesso ai PS, la casistica e la modalità di invio dei pazienti in PS con particolare attenzione a quelli provenienti dalle Strutture di accoglienza in condizioni già molto critiche; la capacità dei reparti di Medicina di offrire posti letto in base al numero giornaliero di dimissioni, le criticità riscontrate per molti pazienti nelle dimissioni dai reparti per acuti a causa della scarsa recettività dei posti letto di LPA, OSCO, CRA, a problemi sociali, a difficoltà legate alla resistenza dei parenti, al fine di arrivare alla corretta definizione del più aderente setting post-acuzie grazie all'ausilio della COT.

Per quanto riguarda il **Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti**, questo nell'anno 2024 si attesta al di sotto dello standard (≤ 160) per cui si propongono le azioni di mantenimento del monitoraggio messo in atto.

Relativamente all'indicatore **Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti**, si nota che il valore del 2024 si attesta sui 19 giorni (media al di sotto della media

RER) grazie ad azioni improntate alla flessibilità organizzativa adattando gli ingressi per prime visite al numero delle richieste, con il positivo raggiungimento del target atteso a beneficio della cittadinanza. Per il triennio 2025-2027, ci si impegna al mantenimento di tali azioni di monitoraggio continuo. Anche queste ulteriori progettualità potranno essere di aiuto.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità
- Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati
- Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Area chirurgica

Nelle Aziende Sanitarie ferraresi il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value in funzione di un'alta variabilità di comportamenti relativi in particolare all'appropriatezza prescrittiva e di trattamento. Alcuni di questi aspetti verranno trattati anche nel capitolo inerente ai volumi/esiti e alle liste di attesa.

Per quanto riguarda il regime di ricovero nel periodo 2025-2027 ci si dovrà concentrare sui pazienti definiti "outpatient", quelli che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche, in progressivo aumento negli anni.

Il nomenclatore tariffario regionale della specialistica definisce chiaramente le prestazioni chirurgiche che devono essere erogate in regime ambulatoriale (precedentemente gestite in Day Surgery), come ad esempio la riparazione di ernia inguinale e lo stripping venoso. Verrà prestata particolare attenzione agli indicatori sull'inappropriatezza del regime di ricovero di questi interventi.

Per quanto riguarda l'utilizzo della chirurgia robotica le Aziende Sanitarie ferraresi si impegnano, in linea con le evidenze di Health Technology Assessment e quanto indicato nelle Linee di indirizzo regionali (DGR 639/25), ad attuare una programmazione chirurgica condivisa e aderente alle tipologie di interventi chirurgici con tecnica RAS individuati secondo criteri di efficacia e sicurezza, a garanzia di un accesso equo e sostenibile alla chirurgia robotica secondo criteri di appropriatezza clinica e sostenibilità economica, garantendo i volumi minimi di produzione sulla piattaforma.

Sottosezione di Programmazione dell'integrazione

Obiettivi relativi all'integrazione di prestazioni e servizi tra i diversi livelli assistenziali con impatto diretto sugli utenti

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG
- Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG
- Tasso dimissioni protette (dimessi con età ≥ 65 anni)
- Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni
- % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG
- Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG
- 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) - NSG

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Le azioni previste per mantenere contenuti i tassi di ospedalizzazione per singole patologie si concretizzano nell'efficientamento di quanto previsto dai PDTA specifici. I PDTA per il diabete, la BPCO e lo scompenso cardiaco sono in corso di revisione. Il completamento delle versioni aggiornate dovrà essere garantito entro il 2025/2026.

Per contenere il **tasso di ospedalizzazione pediatrica** (< 18 anni) per asma e gastroenterite, è necessario l'Inserimento delle tematiche nel programma di formazione modulare dei medici dei Centri Assistenza Urgenza, per estendere e rafforzare il presidio territoriale anche in età pediatrica, come previsto da DGR1206/2023.

L'appropriatezza dei percorsi di dimissione protetta dei pazienti anziani (dimessi con età ≥ 65 anni) è garantita dall'attività delle Centrali Operative Territoriali (COT). La risposta territoriale andrà arricchita grazie all'ampliamento dell'offerta OSCO, attualmente carente soprattutto nel distretto Ovest.

Rispetto all'indicatore **Tasso standardizzato di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni** il dato si presenta in linea con la media RER (24,27 vs 24,55). Da favorire una analisi del dato tramite lo strumento dell'audit organizzativo per leggere i determinanti attivi nel fenomeno in crescita ed agire in modo efficace sui proponenti (dal 118, al servizio psichiatrico territoriale, all'ospedale stesso). La riflessione deve includere anche la durata del TSO, che tramite azioni attive il reparto lavora per la trasformazione nel più breve tempo possibile in ricovero in regime volontario.

Rispetto all'indicatore **Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria** le azioni di miglioramento effettuate hanno avuto un esito non del tutto positivo sul contenimento del fenomeno. Si intende quindi proseguire con quanto in essere ovvero la rilettura dei casi clinici dei pazienti gravi con tendenza al revolving

doors con miglioramento dell'offerta dei supporti territoriali e intensificazione delle verifiche. Tale attenzione va mantenuta elevata da parte di tutti i servizi psichiatrici territoriali della provincia.

Rispetto all'indicatore **Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti** gli interventi di rete rivolti alla prevenzione dei fenomeni favorevoli al malessere infantile - giovanile si intende incrementare i collegamenti con la Psicologia di Comunità-Spazio giovani, con i progetti di Psicologia Scolastica, con i progetti locali di contrasto al fenomeno del ritiro sociale e dell'abbandono scolastico. Progetti di contrasto alle nuove dipendenze da sostanze o da internet e attività congiunte fra servizi specializzati infanzia adolescenza e i SerD.

Al fine di contenere il **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) nel triennio 2025-2027 viene consolidata l'attività dei Centri Assistenza Urgenza (CAU). I CAU coprono l'intero territorio provinciale, garantendo un presidio sanitario con equipe medica ed infermieristica dedicata almeno nella fase diurna h12.

Il d.lgs. 222/2023 introduce disposizioni finalizzate a garantire l'**accessibilità** alle pubbliche amministrazioni da parte **delle persone con disabilità** e l'uniformità della **tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni** sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia;

In particolare è necessario procedere all'individuazione di un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione. Al Dirigente è assegnato il compito di definire la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Le azioni previste nell'ambito **Inclusione e accessibilità** per il triennio 2025-2027 sono di seguito sintetizzate:

- istituzione di un gruppo tecnico preposto alla mappatura dei punti di accesso per utenti e operatori al fine di definire concretamente la possibilità ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali
- prosecuzione delle attività di supporto agli utenti per accesso ai servizi digitali, momenti di formazione ed alfabetizzazione:
- definizione degli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI
- Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - NSG
- Pazienti ≥ 65 anni presi in carico in ADI - PNRR
- N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è ≤ 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG
- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG
- % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO
- Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti - NSG
- Tasso di occupazione Ospedali di Comunità
- % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Per il monitoraggio del **Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti**, ≥ 75 anni sarà necessario anche promuovere la riorganizzazione della medicina generale, promuovendo il passaggio dalle attuali forme associative verso le future AFT, che garantiranno un presidio più ampio del territorio anche da parte della medicina di base.

L'indicatore **Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI** è sempre stato rispettato, per cui si confermano le azioni già precedentemente ricordate.

Le azioni di contenimento della ospedalizzazione dei pazienti già seguiti in ADI coincidono con quelle già previste per il rinnovamento dell'assistenza territoriale. Ossia, la revisione dei PDTA, in alleanza con MMG, lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative domiciliari con estensione degli interventi di palliazione anche alla patologia non oncologica (es. neurodegenerativa), il rafforzamento del ruolo delle UOC di riabilitazione territoriale, il rinnovo del sistema regionale emergenza/urgenza, l'integrazione dell'ADI nei percorsi COT.

L'Azienda USL di Ferrara è sempre risultata in linea con l'indicatore relativo al tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) nel triennio precedente. Il Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA) esprime il livello di complessità (multi-professionalità) dei casi estrapolandolo da due parametri: numero accessi e loro durata. L'allineamento del parametro ferrarese è determinato dal continuo monitoraggio dei casi e dalla revisione delle situazioni in carico. Nel triennio 2025-2027 lo sviluppo dei percorsi di attivazione integrati nell'ambito del progetto COT favorisce l'ulteriore adeguamento della tipologia degli interventi (durata e servizi coinvolti) alla complessità del paziente.

Il progetto OnConnect che ha visto ad ottobre 2023 l'apertura di un DSA Oncologico presso la Casa della Comunità di Cittadella San Rocco a Ferrara e a novembre 2024 l'apertura di un DSA Oncologico presso la Casa della Comunità di Comacchio, è rivolto a pazienti oncologici residenti in aree interne o con difficoltà a raggiungere l'ospedale o le strutture sanitarie, candidati a terapie oncologiche o controlli periodici secondo procedure ben definite, strutturate e condivise. La presenza di DSA di 1° livello ed ambulatori oncologici presso la Casa della Comunità permette in provincia di Ferrara (circa 341.000 abitanti) la gestione in

prossimità a regime di circa 1.500 pazienti all'anno in trattamento oncologico con farmaci orali ed infusivi a minore complessità, permette di attivare percorsi di monitoraggio con strumenti di telemedicina e di decentrare la funzioni di accettazione/presa in carico e di gestione dei follow-up.

Le Aziende sanitarie di Ferrara prevedono la riorganizzazione della **rete delle cure palliative** attraverso una progettualità specifica. La DGR 857/2019 ha approvato il “Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna” che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l’Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica. Nell’ottica di tale riorganizzazione si è provveduto ad istituire l’UOC Cure Palliative che è stata inserita nell’ambito del Dipartimento ad Attività Integrata Onco-Ematologico con lo scopo di prevedere una gestione unitaria ed integrata dell’intero percorso del malato oncologico.

La corretta presa in carico dei casi complessi alla **dimissione dell’OSCO** dovrà essere realizzata attraverso la precoce segnalazione a MMG e condivisione degli obiettivi di cura (PAI),¹ l’attivazione dei servizi ADI e segnalazione ad IFEC, in accordo con MMG, nei casi ad elevata fragilità e l’attivazione dei servizi sociali e socio-sanitari nei casi che richiedono una gestione integrata.

L’indicatore **Numero di anziani con età >=75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti** è sempre stato allineato per il territorio ferrarese: esprime la capacità del territorio di garantire un numero adeguato di posti letto nelle CRA accreditate.

In relazione alle progettualità di presa in carico del paziente tra ospedale e territorio, le Aziende si impegnano anche nelle seguenti attività.

- Istituzione e avvio a regime delle Centrali Operative Territoriali – COT (DM 77/2022) a Ferrara S. Rocco, Comacchio, Argenta e Bondeno.
- Avvio di percorsi specifici di attivazione dell’Infermiere di Famiglia (IFeC) e di riabilitazione domiciliare da parte dei reparti ospedalieri.
- Consolidamento della figura del Case manager del dipartimento medico. La figura del Case Manager consente di individuare e superare le eventuali criticità legate a dimissioni difficili (problemi sociali, condizioni di non autosufficienza).
- Rete per la riabilitazione integrata sul territorio e riabilitazione domiciliare anche tramite l’ausilio della Teleriabilitazione.

Con riferimento agli indicatori **% IVG medica sul totale IVG** e **% di IVG chirurgiche con un’attesa superiore alle 2 settimane**, gli standard sono ampiamente rispettati in entrambe le Aziende Sanitarie provinciali.

Nella provincia di Ferrara viene garantita la presenza di un percorso di IVG farmacologico ambulatoriale; nell’anno 2024 il percorso è stato implementato in tutto il territorio provinciale proponendo tale metodica, a tutte le donne che ne facciano richiesta, entro il 63° giorno, pari a 9 settimane compiute di epoca gestazionale. Nell’anno 2024 in tutta la provincia di Ferrara è stata eseguita la valutazione della qualità percepita mediante la consegna del documento con QR code per la compilazione del questionario di gradimento on-line. Si conferma che nell’anno 2024 nel territorio provinciale di Ferrara è stata garantita la presa in carico e certificazione con percorso IVG (ambulatoriale/chirurgica) con una consolidata sinergia e collaborazione tra i servizi Salute Donna /DAI Materno Infantile /DAI di Cure Primarie. A novembre 2024 è stata recepita la Determinazione “Aggiornamento dei profili di assistenza per le donne che richiedono l’interruzione volontaria di gravidanza (IVG) con metodo farmacologico” (Determinazione Num. 21024 del 09/10/2024 BOLOGNA) che specifica l’obiettivo di attivare il percorso IVG Ambulatoriale almeno in 1 consultorio per area distrettuale e che abbia una distanza di non più di 30 minuti dal Presidio Ospedaliero, con possibilità poi di attivazione percorso IVG domiciliare attraverso percorsi di Telemedicina.

Sono stati svolti incontri multiprofessionali e interaziendale per lo sviluppo della procedura e la valutazione dei setting consultoriali idonei nonché un consolidamento dei percorsi contraccettivi dopo l'IVG (controlli post IVG prenotati direttamente in consultorio, counselling contraccettivo, percorsi dedicati per inserimento IUD, contraccezione Ormonale, e implementazione degli ambulatori per l'inserimento del dispositivo sottocutaneo). È attiva su tutta la realtà consultoriale la distribuzione gratuita dei contraccettivi come da Circolare RER 1722/2017 per ragazzi dai 14 ai 26 anni residenti in regione.

Per quanto riguarda le Azioni a supporto dell'**equità** e della **parità di genere** le Aziende Sanitarie provinciali hanno ottenuto la certificazione di parità di genere già dal 2024 e si impegnano al mantenimento della stessa ed a tutte le azioni messe in campo dal Board equità e dal diversity manager. Si richiamano anche le attività in corso promosse dal Gruppo di coordinamento regionale equità (costituito con det. n. 28136/2024) ed al quale le aziende sanitarie provinciali partecipano attivamente. Entro la fine del 2025 per il triennio 2026-2028, le Aziende predisporranno il Piano aziendale equità, che si può configurare dal punto di vista metodologico come uno dei "piani attuativi del PIAO".

Sottosezione di Programmazione degli esiti

Obiettivi relativi agli esiti delle prestazioni e dei servizi per gli utenti degli stessi

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG
- Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG
- Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata - NSG
- Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)
- Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG
- Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

L'indicatore **Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni** presenta una performance così distribuita:

AOU= 88,76%

AUSL= 83,05% (Cento= 85,19%, Delta= 82,11%)

Obiettivo del prossimo triennio la definizione di Focus Factory: strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali. In questa logica, va continuata la valorizzazione dei presidi distrettuali come "focus factory" per attività chirurgiche programmabili e ambulatoriali ad alto volume. Tali azioni dovrebbero riportare l'indicatore **Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)** (AUSL= 95,05%, AOU= 71,52%) sopra lo standard in entrambe le Aziende provinciali.

Per quanto riguarda l'indicatore di **mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**, devono proseguire gli interventi di audit e formazione con le UU.OO coinvolte (neurologia, neuroradiologia, neurochirurgia, chirurgia vascolare) al fine di monitorare i singoli casi. E' in atto la revisione del PDTA.

Le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara hanno dato avvio al percorso di certificazione EUSOMA del Centro di Senologia (Breast Unit) interaziendale. Il Centro di **Senologia** della provincia di Ferrara rappresenta un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario, dove la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica in ambito senologico. La chirurgia senologica, unica a livello provinciale, effettua circa 350-400 interventi/anno. Anche la **Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella** risulta essere inferiore allo standard.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
- Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
- % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG
- % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE e AOUFE

Nel 2024 il valore dell'indicatore **Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio** è pari a 1,92% superiore rispetto al valore medio regionale (1,60%). L'indicatore **Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio** risulta invece perfettamente in linea con il dato regionale pari a 0,97%. Relativamente alla gestione del parto in autonomia da parte dell'ostetrica presso l'Azienda è stata applicata una specifica istruzione operativa (I-078-UO OstGin Ass al trav parto e puerp autonomia dell'ostetrica nel perc fisiol rev 1 15 02 2022), che prevede che al momento del travaglio (anche se la paziente è stata seguita in un ambulatorio a basso rischio per tutta la gravidanza) debba essere effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto-neonatale, da parte del medico e dell'ostetrica di turno di guardia. Durante il travaglio, invece, la rivalutazione del rischio deve essere a cura dell'ostetrica che ha in carico la donna come previsto dalle "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico" del 2020. Saranno effettuati audit specifici per migliorare i percorsi e gli indicatori specifici.

Presso la provincia di Ferrara è presente il solo punto nascita dell'Ospedale Sant'Anna a Cona. La % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno risulta essere pari a 16,84% ampiamente al di sotto dello standard (< 20%).

La **percentuale di pazienti (≥ 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario**, mostra nel 2024 per AOU un trend in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti, con una percentuale pari al 79,5% (59,23% nel 2022 e 64,67% nel 2023). A tale proposito l'AOU Ferrara ha attivato un percorso di segnalazione dei casi dal momento dell'accesso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cona, all'ingresso nell'UO di Ortopedia fino all'intervento chirurgico ortopedico. Il percorso di mappatura consente di seguire il paziente con frattura di femore, verificando "real time" il rispetto della tempistica oggetto del monitoraggio e intervenendo direttamente sul singolo caso, qualora si incorra in una possibile criticità rispetto al parametro temporale. In miglioramento anche il valore dell'indicatore presso l'ospedale del Delta, che si attesta al 75,59%. Supera ampiamente il target il presidio di Cento, con un valore pari al 92,08%. E' in via di ridefinizione la Rete Ortopedica provinciale.

Presso la provincia di Ferrara è presente il solo punto nascita dell'Ospedale Sant'Anna a Cona. La **% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno** risulta essere pari a 16,84% ampiamente al di sotto dello standard (< 20%).

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG
- Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

La **Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA** è sopra soglia ($\leq 14,39\%$) sia in AUSL (16,2%: Cento= 19,35%, Delta= 14,35%) sia in AOU (17,39%). Devono proseguire gli interventi di audit e formazione con le UU.OO coinvolte al fine di monitorare i singoli casi e la revisione del PDTA.

La **Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico** è sopra soglia ($\leq 13,95\%$) sia in AUSL (15,25%: Cento= 5,56%, Delta= 15,63%) sia in AOU (14,81%). Devono proseguire gli interventi di audit e formazione con le UU.OO coinvolte al fine di monitorare i singoli casi e la revisione del PDTA.

Le Aziende nel prossimo triennio saranno fortemente impegnate nello sviluppo e nell'implementazione di percorsi clinico assistenziali (PDTAS), sia in termini di aggiornamento e revisione dei percorsi già strutturati, sia nella costruzione di percorsi nuovi. La scelta è motivata dalla crescente richiesta di cure da parte di una popolazione come quella provinciale, che, a fronte di una aspettativa di vita maggiore e, presenta di conseguenza bisogni assistenziali crescenti. Questo scenario rende essenziale l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali caratterizzati da competenze specialistiche diverse, integrate in un modello assistenziale multi-livello. In questo contesto, il PDTAS permette di avere visione "olistica" della salute del paziente, trattando la persona nella sua totalità e integrità psico-fisica attraverso interventi che considerino tutti gli aspetti della cura. Nello specifico, tutti i PDTAS, oltre alla stesura o all'aggiornamento secondo le ultime linee guida e le raccomandazioni delle società scientifiche in termini di diagnostica e trattamento, saranno improntati anche ad un miglioramento della fase preventiva su tutti i livelli: dalla prevenzione primaria, volta a promuovere i sani stili di vita, alla prevenzione secondaria e terziaria, con un coinvolgimento più attivo della medicina generale, della medicina dello sport e della riabilitazione territoriale. Un focus particolare avrà anche l'intercettazione della fragilità del paziente, con un'attenzione specifica ad ogni livello di cura, alla quale si cercherà di offrire una risposta specifica, costruita ad hoc per il paziente. Trasversale ad ogni PDTAS sarà anche l'implementazione degli strumenti informatizzati della Telemedicina e teleassistenza, sia nelle fasi in acuto, sia durante le fasi di riacutizzazione e riabilitazione, a garanzia di una costante e continuativa presa in carico del paziente anche in contesti come il domicilio, le cure intermedie (OsCo, Hospice) ed il ricovero ospedaliero.

Nell'ottica di rafforzare la **Rete Cardiologica provinciale** si intende sviluppare maggiormente l'attività di **aritmologia interventistica e ambulatoriale**, per la gestione delle aritmie complesse e il follow-up dei portatori di device e l'attività di cardiologia interventistica con la possibilità recentemente acquisita da AOU, di effettuazione della TAVI. Si prevede il potenziamento dell'offerta provinciale di **Chirurgia vascolare**, con particolare attenzione all'attività di protesica endovascolare.

Grande sviluppo verrà dato alle Reti Cliniche, quali:

- **Reti di Terapia del dolore, neuroscienze, malattie rare, cure palliative adulti e pediatriche, talassemia ed emoglobinopatie, ortopedica, pneumologica**
- **Rete oftalmologica provinciale** con il Progetto Task Shifting che prevede l’inserimento del profilo Ortottista (Assistente di Oftalmologia) in Sala Operatoria nella chirurgia Oftalmica.
- Lo sviluppo provinciale del **Centro per le patologie tiroidee e paratiroidee**.
- Consolidamento e sviluppo dell’attività di **Anestesia pediatrica**, rafforzando anche il **percorso nascita** e le **attività pediatriche specialistiche**, anche grazie al progetto di implementazione di un nuovo modello organizzativo presso il Nido che prevede la graduale sostituzione del profilo Infermieristico verso il profilo Ostetrico.

Preme inoltre rafforzare il progetto **“Clinica Oculistica Virtuale”**, modello di assistenza oculistica innovativo, digitale e integrato, al fine di sviluppare attività di Follow-up da remoto per patologie croniche, l’attività di **Riabilitazione Territoriale** (Tele-Riabilitazione, Fisioterapia domiciliare, Logopedia adulti territoriale, Fisioterapia di comunità) e l’attività di **Radiologia domiciliare**.

Di prossima attivazione il **Centro di Riferimento regionale Linfedema primitivo**.

3.2. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

Sottosezione di Programmazione della struttura dell'offerta e della produzione

Obiettivi quali-quantitativi di adeguamento della struttura dell'offerta e delle relative prestazioni e servizi attesi

➤ PRODUZIONE - Prevenzione

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - NSG
- Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG
- Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi nei bambini - NSG
- Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - NSG
- % aziende con dipendenti ispezionate
- % cantieri ispezionati

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Le azioni previste nell'**ambito vaccinale** dell'area della Sanità Pubblica per il triennio 2025-2027 sono di seguito sintetizzate.

- Mantenere e implementare l'offerta vaccinale territoriale e recupero degli inadempienti.
- Monitorare le coperture vaccinali e individuare aree a particolare rischio, al fine di predisporre idonei interventi mirati.
- Promozione delle vaccinazioni verso gruppi di popolazione vulnerabili, a maggior rischio sia di malattie prevenibili da vaccino che di basse coperture vaccinali per effetto della posizione socio-economica e della marginalizzazione sociale.
- Facilitazione dell'accesso degli utenti con la riorganizzazione dei punti vaccinali ordinari al fine di garantire maggiore presenza sul territorio e organizzazione di campagne vaccinali dedicate a soggetti fragili/cronici presso le sedi ospedaliere AUSL/AOU.
- Introduzione di sistemi di monitoraggio dei determinanti dell'esitazione vaccinale.

Le coperture vaccinali (ad esempio antipneumococco) per gli anziani presso le CRA e le residenze assistenziali è stata favorita dall'introduzione di una specifica scheda vaccinale anamnestica di ingresso, per la programmazione del piano vaccinale. La campagna vaccinale antinfluenzale stagionale annuale verrà promossa con azioni specifiche (MMG e RAS delle CRA a cura DASS) e grazie alla facilitazione dei percorsi di distribuzione, garantiti dal Dipartimento Farmaceutico. Andrà rivalutata l'efficacia delle azioni già in corso per l'incentivazione degli MMG.

Le azioni previste nell'ambito dell'Area **Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro** sono così descritte.

- Effettuazione di controlli/ispezioni presso le aziende/Unità Locali del territorio, sulla base della programmazione effettuata in considerazione della gravità del rischio nonché su richiesta/segnalazione provenienti da Enti e/o privati in modo da garantire la percentuale di copertura assegnata a livello regionale.

- Interventi mirati effettuati in urgenza su chiamata delle forze dell'ordine per infortuni gravissimi o mortali.
- Valutazione ed espressione parere sui piani di bonifica/rimozione amianto presentati.
- Verifica su richiesta del lavoratore e/o del datore di lavoro o su iniziativa della conformità tra idoneità alla mansione espressa dal medico competente e postazioni di lavoro assegnate ai lavoratori.
- Esecuzione di sopralluoghi in cantieri di rimozione/bonifica di materiale contenente amianto selezionati sulla base dei criteri di rilevanza concordati a livello regionale.
- Esecuzione di sopralluoghi in tutti i cantieri di rimozione/bonifica di materiale contenente amianto che vengono effettuati in luoghi con popolazione sensibile (ospedali, scuole, asili, case di cura) ed in quelli di rimozione di amianto friabile.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)
- % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)
- % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)
- Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG
- Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG
- % di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Nell'ambito dei **Programmi di Screening**, le Aziende sanitarie ferraresi si impegnano a monitorare l'adesione agli screening oncologici ed individuare le aree dove si registra una minor adesione agli screening, al fine di predisporre idonei interventi mirati. Le principali azioni saranno quelle di:

- mantenere e implementare l'offerta degli screening oncologici territoriale e promuovere azioni volte al recupero delle/dei mai aderenti
- promuovere gli screening oncologici alle/ai cittadine/i straniere/i, come da indicazione del PL-13 del PRP
- creare percorsi facilitati per l'accesso allo screening mammografico dedicati alle donne fragili/cronici/inabili
- implementare attività di promozione e comunicazione multicanale sugli screening oncologici
- prevedere una apposita formazione degli operatori sanitari sulla comunicazione in ambito di screening oncologici, con l'evento formativo "come agire la relazione di cura nei programmi di screening oncologici".

Al fine di aumentare la % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni), anche il DASS garantisce la propria collaborazione nell'individuazione

delle donne in età di rischio ed affette da condizioni di disabilità che costituiscono un potenziale alla realizzazione dello screening. Definizione di percorsi facilitati di accesso allo screening.

Le azioni previste nell'ambito **Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria** dell'Area Veterinaria per il triennio 2025-2027 sono di seguito sintetizzate.

- Tutelare la salute umana attraverso sorveglianza, vigilanza e controllo sulla filiera produttiva degli alimenti, dalla produzione primaria sia vegetale che animale fino alla tavola del consumatore.
- Programmare i controlli e i campionamenti sulla base del PRI, dei LEA e dell'analisi del rischio.
- Effettuare i controlli finalizzati alla verifica del rispetto delle norme specifiche da parte degli Operatori del Settore Alimentare, del settore dei Mangimi e dei sottoprodotti in tutte le fasi delle filiere produttive attive nel territorio di competenza.
- Effettuare controlli e campionamenti lungo la filiera dell'acqua destinata al consumo umano.
- Effettuare interventi di sorveglianza nutrizionale, interventi di educazione nutrizionale, interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva.
- Effettuare i controlli nell'ambito dell'igiene urbana e degli animali d'affezione.
- Implementare attività di informazione e comunicazione diretti alla popolazione in generale o a specifici target, riguardo: l'assunzione di comportamenti alimentari e stili di vita sani e aspetti relativi alla sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
- Formazione degli operatori del settore riguardo specifici argomenti.
- Monitoraggio e rendicontazione dell'attività svolta.

Gli **Spazi Giovani** mantengono una mission di prevenzione che deve raggiungere una fetta sempre maggiore della popolazione giovanile. Il collegamento con la psicologia scolastica è una prassi consolidata e virtuosa per raggiungere tutto il territorio. Le azioni effettuate nelle scuole sono state ordinate nel catalogo a cura del Servizio Prevenzione. I collegamenti con il Centro Adolescenti, attivo da un anno ed in procinto di espandersi in ogni distretto della provincia, rappresentano l'occasione di intercettare precocemente i bisogni dell'adolescente e del giovane adulto e di rispondere con tempestività ed intensità. I collegamenti più fruttuosi con le realtà educative e aggregative del territorio e con i servizi specialistici di secondo livello si avvalgono del modello top down e bottom-up.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia
- Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione
- Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione
- Indice di case mix degenza ordinaria
- Indice Comparativo di Performance (ICP)
- Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG
- Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFFE

Nel 2024 l'Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture (dimessi) (%) per Azienda USL di residenza e Azienda Erogante per Ferrara risulta essere così composto: 27,6% presso la stessa Azienda USL, 48,6% presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria per un totale di 76,2% di dipendenza della popolazione residente in provincia di Ferrara dalle strutture provinciali. Se poi si aggiunge il valore relativo alla dipendenza dalle strutture regionali il dato passa a 89,6%. Tali valori dimostrano che circa il 10,4% dei residenti in provincia di Ferrara si rivolge a strutture extra regionali, valori piuttosto alto rispetto al valore medio regionale pari al 6,8% e indicativo di una provincia di confine.

L'**Indice di Case-Mix (ICM)** per una struttura, calcolato per reparto (o disciplina) di dimissione, esprime la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media regionale. Nel 2024 l'ICM del presidio ospedaliero dell'AUSL di Ferrara è pari a 0,9, mentre quello dell'Ospedale Sant'Anna a Cona risulta essere pari a 1,0.

Nel 2024, pur permanendo una ampia variabilità del valore dell'ICP (**Indice Comparativo di Performance**) tra le diverse Unità Operative, il valore medio dell'Azienda USL di Ferrara (1,17) si è attestato entro lo standard (≤ 1.25), con un trend in miglioramento nei diversi anni, mentre quello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria si attesta al di sopra dello standard (1,31).

In termini di appropriatezza, in tutti gli Ospedali delle Aziende sanitarie provinciali è prevista una revisione dei percorsi dei pazienti, con una attenzione particolare all'integrazione tra ospedale e territorio per la scelta del corretto setting assistenziale di cura e alla tempestiva presa in carico dei pazienti.

Per i due indicatori **Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)** ed **Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)**, i risultati sono stati rispettivamente 4,41 (target compreso tra -3% e +3%) e 4,46 (target $\leq 5\%$).

Entrambi gli indicatori misurano sia la capacità di garantire i prodotti "driver" (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, sia l'ottimizzazione dell'impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all'autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.

Per il perseguimento di entrambi gli indicatori sono in corso delle azioni di miglioramento grazie al coinvolgimento dei diversi componenti del COBUS – Comitato per il buon uso del sangue (SIT aziendale, Direzione Gestione Operativa, DH Talassemico ed Emoglobinopatie, Referenti AVIS e FIDAS). Per gli emocomponenti è impegno quotidiano dei medici SIT analizzare l'appropriatezza delle richieste pervenute attraverso il gestionale EliotLepida. Sono inoltre in corso audit con la collaborazione della Farmacia Interaziendale nelle Unità Operative maggiormente coinvolte sia a livello aziendale che provinciale.

La Direzione aziendale intende inoltre caratterizzare e consolidare le specifiche vocazioni degli Ospedali distrettuali e dell’Ospedale Hub della provincia.

➤ **PRODUZIONE – Territorio**

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti
- Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile
- % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza
- % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)
- Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti
- Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Presso l’Azienda USL di Ferrara il **Tasso standardizzato di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti** risulta essere pari a 17,43 x 1.000, contro il 21,24 medio regionale. Per il triennio 2025-2027, ci si impegna al mantenimento delle azioni di monitoraggio continuo già messe in atto.

Il **Tasso standardizzato di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile** è pari a 81,50 contro 89,54 x 1.000 regionale. Si intende proseguire con le azioni in atto per mantenerlo al livello attuale fra cui la possibilità di accogliere in urgenza differita casi che necessitano di cure non prenotati nell’attività ordinaria e casi provenienti dalla ASP area tutela infanzia.

Sempre nell’ottica di promuovere l’integrazione Ospedale – Territorio, le Aziende si impegnano a definire modelli di assistenza territoriale capillari in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento. Tale impegno troverà applicazione anche nell’ambito delle progettualità del percorso nascita. Nel triennio 2025 – 2027 è previsto il consolidamento del Progetto **Ostetrica di Comunità** per garantire un’adeguata assistenza di prossimità attraverso interventi educativi, preventivi ed assistenziali che coinvolgono la donna nelle diverse fasi del ciclo di vita oltre che la presa in carico de madre/figlio e dell’intera famiglia.

Gli **spazi giovani** mantengono una mission di prevenzione che deve raggiungere una fetta sempre maggiore della popolazione giovanile. Il collegamento con la psicologia scolastica è una prassi consolidata e virtuosa per raggiungere tutto il territorio. Le azioni effettuate nelle scuole sono state ordinate nel catalogo a cura del Servizio Prevenzione. I collegamenti con il Centro Adolescenti rappresentano l’occasione di intercettare precocemente i bisogni dell’adolescente e del giovane adulto e di rispondere con tempestività ed intensità. I collegamenti più fruttuosi con le realtà educative e aggregative del territorio e con i servizi specialistici di secondo livello si avvalgono del modello top down e bottom-up.

Il **tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti in provincia di Ferrara** si attesta a 0,23 x 1.000 contro il valore medio regionale di 0,35.

Il **tasso standardizzato di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche** si colloca nella media regionale (9,10 vs 8,90 per mille). L'Azienda sanitaria si impegna a migliorare lo standard attuale. Verranno implementate nel triennio le azioni per rispondere all'accrescimento della incidenza legate ai nuovi bisogni e alle nuove normative del codice della strada e sugli invii da parte della Procura.

Il triennio 2025-2027 vedrà il definitivo consolidamento della rete delle strutture territoriali provinciali, anche grazie agli interventi PNRR. Nel 2024 sono state attivate le 4 COT provinciali la cui attività verrà ulteriormente consolidata con l'ausilio del tele-controllo.

E' previsto inoltre l'avvio di 3 Ospedali della Comunità: Cittadella San Rocco a Ferrara, Codigoro, Bondeno. Il definitivo consolidamento delle 6 Case della Comunità Hub e l'avvio delle 3 UCA (1 per Distretto). A Bondeno verrà inoltre implementato un Hospice.

Sottosezione di Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Obiettivi con impatto diretto su appropriatezza, qualità, sicurezza, gestione del rischio, ecc. delle prestazioni e dei servizi svolti

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG
- Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG
- Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG
- Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio
- Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio
- Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG
- % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS
- % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni
- Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale
- % di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Nel triennio 2025-2027 la verifica dei LEA attraverso gli indicatori “Core” per l’analisi dell’Assistenza Ospedaliera del “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, si deve mantenere costante e puntuale in entrambe le Aziende provinciali ferraresi.

Per quanto riguarda il Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (standard < 0,15) i valori AUSL e AOU, rispettivamente 0,1 e 0,14, rispettano lo standard regionale grazie anche alle azioni di monitoraggio e di intervento effettuato dall’ufficio di statistica e dal Controllo Cartelle Cliniche sulle UU.OO a maggior rischio di produrre DRG inappropriati.

L’**Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio, l’Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio** e il **Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti** mostrano valori in crescita rispetto all’anno precedente e valori superiori rispetto alla media regionale rispettivamente 1.033,66 (FE) verso 924,98 (RER), 795,01 (FE) verso 719,62(RER), 99,33 (FE) verso 75,16 (RER). Tali valori sono conseguenti anche al Piano straordinario di contenimento dei tempi di attesa 2024 che prevedeva un incremento dell’offerta.

Gli indicatori **% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS** (14,78 (FE) verso 16,60 (RER)) e **% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni** (3,17 (FE) verso 4,46 (RER)) presentano valori al di sotto del dato medio regionale frutto di una attenta politica di attenzione alle popolazioni anziane in carico alle strutture.

Per quanto riguarda i consumi di antibiotici le principali azioni che le Aziende sanitarie provinciali mettono sono state:

- monitoraggio trimestrale degli indicatori e diffusione agli MMG.
- Predisposizione nuova reportistica per singolo MMG e pubblicazione su cloud aziendale: postalizzazione di reportistica per classificazione AWaRe per singolo medico su Cloud Aziendale.
- Programmazione interventi formativi inseriti nel PAF della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta.
- Programmazione incontri con i singoli MMG, in merito all’andamento prescrittivo e rilevando eventuali criticità relative agli obiettivi RER e Aziendali, con focus sugli antibiotici.

Per quanto riguarda la % di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani, le azioni da effettuare sono:

- interventi formativi inserito nel PAF della Medicina Generale relativo all’appropriatezza prescrittiva nei pazienti politrattati.
- predisposizione di nuova reportistica per singolo MMG e pubblicazione su cloud aziendale.
- progetto relativo alla ricognizione delle terapie nei pazienti politrattati residenti in CRA selezionate, una CRA per Distretto.
- interventi formativi ai Medici Specializzandi nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale relativi alla polifarmacoterapia e sicurezza dei farmaci.

Sottosezione di Programmazione dell'organizzazione

Obiettivi relativi all'organizzazione aziendale, in termini sia di assetto organizzativo sia di processi interni, anche tramite l'applicazione di strumenti informatici; in questa sottosezione vengono anche definiti gli obiettivi strategici e le azioni più rilevanti previsti per dare attuazione al lavoro agile e alle pari opportunità

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori
- % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali
- % giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative
- % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti
- % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0
- % dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Al fine di promuovere il ricorso al **lavoro agile**, le Aziende sanitarie ferraresi hanno ritenuto opportuno coinvolgere fin da subito tutte le strutture aziendali sia di area tecnico amministrativa sia di area sanitaria.

Allo stato attuale lo sviluppo del lavoro agile da parte dell'Azienda è maggiormente orientato ai servizi tecnico-amministrativi, ma con una sempre maggiore apertura verso determinate attività dell'area sanitaria (es. strumenti di telemedicina) anche in considerazione delle opportunità date dal PNNR. Nel POLA è stata inserita la tabella la sintesi dei contenuti dei piani operativi compilati dai Responsabili delle articolazioni organizzative nelle quali vengono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile. In base al CCNL Area del Comparto 2019-2021, siglato il 02.11.2022, è stata introdotta, nel Titolo VI "Lavoro a distanza", la tematica del lavoro agile definendone i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate con modalità di lavoro agile e di lavoro da remoto, nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi che rappresentano materia di confronto con le Organizzazioni Sindacali.

Il CCNL Area Sanità 2019-2021, sottoscritto il 23.01.2024, dedica al Titolo IX "Lavoro a distanza" un'analisi in relazione allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile (Capo I) come anche, una previsione di altre forme di lavoro a distanza (Capo II). Tale riconoscimento all'interno del CCNL evidenzia che anche tra le attività di carattere sanitario, la digitalizzazione ed il ricorso alla telemedicina e al teleconsulto consentono ai professionisti della sanità di operare in determinati ambiti, sempre più anche a distanza.

In ultimo, recente è la sottoscrizione del nuovo CCNL Area Funzioni Locali 2019-2021, sottoscritto il 16.07.2024, in cui sono disciplinate le Disposizioni sul lavoro agile (Capo I), definendone le linee generali.

E' da tenere in considerazione la Direttiva del 29 Dicembre 2023 del Ministro per la pubblica amministrazione, con la quale si è voluta sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, utilizzando gli strumenti di flessibilità già consentiti, garantendo in tal modo, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

In merito agli indicatori riguardanti l'**FSE**, la centralizzazione dell'**FSE** come "destinazione" di tutti i documenti sanitari del paziente ha permesso di dare un "concreto" vantaggio in termini di "informazione aggiuntiva" raggiungibile per il professionista sanitario ospedaliero tramite la funzione "FSE-professionista". La funzione di "FSE-professionista" è stata resa disponibile sui principali sistemi aziendali al fine di consentire la visualizzazione/integrazione di informazioni cliniche tra le varie Aziende diverse.

Le principali attività realizzate dall'Azienda Sanitaria finalizzate all'implementazione e diffusione del FSE a favore dei propri assistiti sul territorio di competenza, sono state:

Digitalizzazione e conservazione documenti digitali FSE

In coerenza con le disposizioni previste dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015 le aziende sanitarie provinciali hanno dato seguito ad alcuni interventi al fine di rendere i referti che vengono inviati verso SOLE (e di conseguenza che vengono inviati anche verso il FSE del paziente) aderenti al formato tecnico CDA2 e, ove previsto, firmabili digitalmente.

In particolar modo sono state aggiornate le funzionalità (compresa l'adeguamento alla firma digitale del referto) di tutti i sistemi aziendali secondo le indicazioni nazionali/regionali e di AGID.

- Produzione dei referti di laboratorio (Laboratorio Unico Provinciale) da parte delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate afferenti alle Aziende, secondo lo standard CDA2 e firma digitale.
- Produzione dei referti di specialistica e radiologia da parte delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate afferenti alle Aziende secondo lo standard CDA2 e firma digitale.
- Produzione dei referti di Pronto Soccorso da parte delle Strutture sanitarie pubbliche afferenti alle Aziende, secondo lo standard CDA2 e firma digitale.
- Produzione delle lettere di dimissioni da parte delle Strutture sanitarie pubbliche afferenti alle Aziende, secondo lo standard CDA2 e firma digitale.

Digitalizzazione e conservazione documenti digitali FSE

In riferimento all'adeguamento alle specifiche CDA2 con firma PADES dei documenti sanitari, viene compilata per i relativi applicativi aziendali secondo la programmazione concordata con la RER.

Sottosezione di Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n.190, e sulla descrizione delle principali modalità attraverso le quali si intende perseguirli

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza
- % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

La sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stata predisposta dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance: per questa edizione è stata inoltre previamente assicurata una consultazione pubblica via web, mediante invito a presentare proposte e/o suggerimenti, pubblicata sui siti internet aziendali istituzionale www.ausl.fe.it e www.ospfe.it, nonché sulle intranet aziendali nel periodo 9 giugno 2025 – 20 giugno 2025 per consentire agli stakeholders esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione.

Al termine del periodo di consultazione via web non sono pervenute proposte di aggiornamento o suggerimenti da assorbire all'interno del documento.

La prospettiva temporale è il triennio 2025/2027, con possibilità di effettuare aggiornamenti annuali o quando ritenuto necessario in ragione di particolari novità normative, vicende o mutamenti organizzativi rilevanti: il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e i suoi successivi aggiornamenti hanno reso fondamentale e strategico l'obiettivo di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

I contenuti della sezione sono orientati al sostegno e alla messa in atto di strategie aziendali di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo: la normativa in materia di Anticorruzione e Trasparenza prevede, difatti, forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, volta a garantire un diretto collegamento tra le misure in argomento e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

Il PNA 2022 evidenzia che le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza contribuiscono alla creazione e protezione del valore pubblico, riducendo il rischio che i fenomeni corruttivi possano erodere l'integrità dell'azione delle Amministrazioni, ed in particolare, in relazione ai fondi del PNRR.

Inoltre, sulla base di quanto previsto dalla parte speciale riservata dal PNA 2022 all'area contratti pubblici, si è provveduto al riordino delle pubblicazioni la cui attuazione ha richiesto una fondamentale attenzione da parte dei Dipartimenti "Tecnico e delle Tecnologie Sanitarie" e "Staff della Direzione Generale" (UOC Economato), che continuerà ad essere obiettivo prioritario ai fini della trasparenza amministrativa.

Le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria hanno come obiettivo la soddisfazione dei bisogni di salute, attraverso una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione di ricerca e didattica, il tutto declinato nel presente Piano, che mette in relazione armonica la dimensione strategico-programmatoria con gli obiettivi economici e qualitativi, la misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, fino alla rendicontazione complessiva della performance.

Il PIAO costituisce quindi la base per la riorganizzazione della mappatura dei processi, ricondotti alle varie dimensioni della programmazione. Ciò consente di creare una visione generale volta al perseguimento dell'obiettivo del buon funzionamento dell'Amministrazione, ricordando che il fenomeno corruttivo non si esaurisce nelle fattispecie previste e punite dal codice penale, ma si sostanzia in qualsiasi malfunzionamento nell'attività della PA derivante dal prevalere di un interesse secondario (esterno) rispetto all'interesse primario (buon andamento dell'azione amministrativa).

Il sistema che si delinea consentirà l'ulteriore armonizzazione degli strumenti di programmazione e verifica degli obiettivi nel processo di budget, ivi compresi quelli di anticorruzione e trasparenza.

Costituiranno oggetto di trattamento i processi che presentano un rischio corruttivo medio/alto e sarà prioritaria nel triennio di validità del PIAO, l'implementazione di un sistema di monitoraggio delle misure, integrato con le verifiche di budget e con l'attività della funzione di Audit Interaziendale.

Questa modalità rientra nelle indicazioni del PNA 2022, laddove l'Autorità sostiene che le Amministrazioni nella mappatura dei processi anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico e se gli stessi sono presidiati da misure anticorruzione.

Pertanto, l'aggiornamento delle Sezioni "Rischi Corruttivi e Trasparenza" già adottate dall'Azienda USL con delibera n. 67 del 28/02/2024 e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria con delibera n. 49 del 28.2.2024 costituiscono l'atto attraverso il quale le Aziende individuano le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto ai fenomeni della corruzione, atti connotati da una caratteristica di dinamicità resa ancora più evidente nel contesto attuale delle Aziende, alla luce del processo di fusione che concepisce le due Aziende come parti integrate e sinergiche dell'unico sistema sanitario pubblico per la provincia di Ferrara individuando obiettivi comuni per le due Aziende sanitarie, in modo che entrambe consolidino e sistematizzino la collaborazione grazie ai medesimi traguardi che intendono prefiggersi.

Il sistema è complessivamente impostato in modo unitario, soprattutto per gli aspetti strategici: e così attività specifica di Prevenzione della Corruzione, istituti della Trasparenza (attività di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" e Accesso Civico), Codice di Comportamento e Conflitti di Interesse sono considerati fondamentali pilastri di un unico insieme.

Le rispettive Sezioni "Rischi Corruttivi e Trasparenza" istituzionalizzano quindi un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio corruzione e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi, con lo scopo di:

- fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- creare altresì un collegamento tra corruzione - trasparenza - performance nell'ottica di una più ampia gestione del "rischio istituzionale".

Nello specifico, la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la stessa non sia intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per contribuire a raggiungere il valore pubblico.

Le misure di trasparenza contengono anche l'individuazione di obiettivi di trasparenza, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze e tengono conto delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012 e s.m.i., nel D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i., nonché delle delibere CIVIT e ANAC. A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i. è stata creata la sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", articolata in sotto-sezioni di primo e secondo livello, corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare, come indicato nelle disposizioni sopra richiamate e che viene aggiornata in

base alla costante evoluzione normativa (da ultimo all. 9) al PNA 2022 che ha modificato la struttura della sezione “Bandi di gara e contratti).

Ogni Struttura individuata competente per l’elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato rigorosamente aperto, e provvedere, nei tempi indicati, ad assicurare le pubblicazioni dovute per mezzo della rete dei soggetti designati dal proprio Direttore Responsabile come dettagliatamente rappresentato dall’allegato tecnico.

Particolare attenzione è richiesta in ordine ai seguenti aspetti:

- *i file in pubblicazione non devono contenere dati personali ed altri dati considerati dalla normativa vigente in tema di privacy;*
- *il formato dei file da pubblicare deve essere “aperto” e riutilizzabile.*

In tema di responsabilità su *pubblicazioni e accesso civico* la legge n. 160 del 27 dicembre 2019 (legge di bilancio) all’art. 1, comma 163 recita testualmente:

“L’inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell’accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall’art. 5bis, costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale a cui applicare la sanzione di cui all’art. 47, comma 1bis, ed eventuale causa di responsabilità per danno all’immagine dell’amministrazione, valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegata alla performance individuale dei responsabili”.

Area Contratti Pubblici

Come già sottolineato, in attuazione dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici di cui al decreto legislativo n. 36 del 31 marzo 2023, è stato reso attivo un nuovo regime per la trasparenza, secondo cui:

- il flusso di dati e documenti andrà diretto dalle amministrazioni alla BDNCP (Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici)
- residuano pubblicazioni da effettuarsi in sezione web Amministrazione Trasparente (aspetti ora disciplinati da specifiche disposizioni ANAC e comunicazioni OIV/SSR a cui le Aziende del SSR sono tenute ad uniformarsi).

L’importanza della sezione completamente rivista è oggetto di particolare attenzione da parte dei RPCT.

Dichiarazioni di incompatibilità e inconfiribilità – Dirigenza PTA

A seguito della ricezione della nota acquisita agli atti del PG con n. 5378 del 27/01/2025 dell’OIV/SSR, l’Azienda Usl di Ferrara, ha provveduto alla raccolta/pubblicazione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013 della dirigenza PTA ed al conseguente adeguamento del sito web istituzionale. Allo scopo è stata quindi creata una nuova sottosezione all’interno della sezione di I livello “Personale” contenente le dichiarazioni in argomento dei Dirigenti interessati.

Inoltre, con nota PG 31540 del 16/05/2025 a firma del RPCT, al fine di garantire la piena attuazione degli obblighi normativi, è stato richiesto al Direttore del Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche di provvedere, all’atto di conferimento dell’incarico gestionale al dirigente PTA, di acquisire dallo stesso professionista detta dichiarazione in formato aperto che dovrà essere pubblicata nell’apposita sezione di “Amministrazione Trasparente”, dando altresì comunicazione dell’avvenuto adempimento all’Ufficio del RPCT.

Le tre tipologie di accesso (documentale, civico semplice e civico “generalizzato”)

Come è noto, attualmente sono presenti nell’ordinamento tre forme di accesso:

- accesso alla documentazione amministrativa (legge n. 241/1990)

- accesso civico semplice (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33)
- accesso civico “generalizzato” (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal decreto n. 97).

La nuova tipologia di accesso civico generalizzato è da esercitarsi per accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione:

“Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’art. 5 bis (esclusioni e limiti all’accesso civico)”.

Obiettivi relativi all’area Trasparenza/Prevenzione della Corruzione:

- diffusione nella propria struttura di valori e aspetti principali del documento di piano “Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza” del PIAO 2025/2027 e principi del vigente Codice di Comportamento del personale operante nell’Ausl di Ferrara;
- valutazione, da parte di ogni superiore gerarchico secondo gli assetti organizzativi, delle ipotesi di conflitto di interesse comunicate dagli operatori appartenenti alla rispettiva unità organizzativa o emerse con altre modalità
- effettuazione pubblicazioni obbligatorie in sezione web Amministrazione Trasparente (con modalità e tempi indicati in tabella obblighi di pubblicazione)
- trattazione istanze di accesso civico generalizzato per competenza;
- mappatura dei processi in ambito anticorruzione per aree di competenza.

Monitoraggi

Prevenzione della corruzione

- ogni Struttura competente è tenuta a relazionare all’Ufficio del RPCT sulle attività rese per le misure indicate nelle tabelle sui processi/rischi/misure specifiche e sulle misure generali che ne vedono un coinvolgimento effettivo;

Trasparenza

- monitoraggio specifico obblighi di pubblicazione in occasione delle verifiche annuali ANAC/OIV/SSR;

La Relazione annuale di ciascuna Struttura dovrà ricomprendere tutte le seguenti parti/aspetti:

- *attività svolte su ciascuna delle Misure Generali in cui la Struttura è coinvolta, compresa la possibile attuazione della Rotazione*
- *attività svolte su quanto considerato nelle Tabelle relative a processi/rischi/misure specifiche*
- *l’illustrazione dei contenuti principali del Codice di Comportamento in incontri o altre soluzioni intraprese presso la rispettiva Struttura*
- *conferma e numero casi di eventuale trattazione di conflitti di interesse riguardanti gli operatori presso la rispettiva Struttura*
- *l’assicurazione delle attività in materia di Obblighi di Pubblicazione nelle sezioni web “Amministrazione Trasparente”*
- *la trattazione degli eventuali casi di accesso civico “generalizzato”*

Detta Relazione è dovuta da tutte le Strutture aziendali coinvolte espressamente nelle attività da inoltrare, a:

- RPCT Azienda Usl di Ferrara via e mail all'indirizzo prevenzionedellacorruzione@ausl.fe.it
- RPCT Azienda Ospedialiero-Universitaria di Ferrara via e mail all'indirizzo trasparenza@ospfe.it

entro il 31 dicembre di ogni anno.

3.3. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

Sottosezione di Programmazione della ricerca e della didattica

Obiettivi relativi all'innovazione scientifica e allo sviluppo e all'attuazione di attività legate alla ricerca e alla didattica

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Numero medio di pubblicazioni per ricercatore
- Impact Factor normalizzato
- N. trial clinici approvati dal CE
- N. studi osservazionali approvati dal CE
- N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)
- N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

In linea con gli obiettivi regionali presso le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara nel 2023 è stata istituita l'UOC interaziendale **Ricerca e Innovazione**, inserita nell'ambito del Dipartimento Istituzionale per lo Sviluppo ed i Processi Integrati. L'UOC rappresenta l'interlocutore per sponsor commerciali e accademici che riconoscono nei ricercatori delle Aziende Sanitarie ferraresi partner di eccellenza per lo sviluppo di farmaci innovativi o per la sperimentazione di nuove strategie terapeutiche nel tentativo di offrire ai nostri pazienti la migliore cura disponibile. L'UOC opera quale unico punto di riferimento per l'avvio e la gestione in tutte le fasi degli studi clinici sponsorizzati (profit) e spontanei (non profit), da svolgersi nelle strutture dell'AOU e in particolare:

- supporta i ricercatori che intendono dare avvio a una sperimentazione clinica in fase di sottomissione della proposta di studio, relativamente al completamento della documentazione centro-specifica;
- coadiuva i ricercatori nel processo di ideazione, progettazione e preparazione del protocollo per studi promossi dall'Azienda;
- assicura il corretto svolgimento delle attività tecnico-amministrative di supporto alla predisposizione della documentazione per il rilascio della fattibilità locale da parte della Direzione Aziendale;
- cura la negoziazione e la stipula dei contratti di sperimentazione e degli accordi di collaborazione e predisporre i relativi autorizzativi;
- si occupa della gestione contabile-amministrativa degli studi clinici.

Nel dicembre 2024 sono state istituite 2 Unità Cliniche di Fase 1 (Oncologia-Reumatologia e Medicina Nucleare) ed una Unità di Laboratorio di Fase 1 che nel maggio 2025 hanno superato la visita ispettiva da parte di AIFA.

Nel corso del prossimo triennio si intende:

- avviare e consolidare il Clinical Trial Office
- consolidare l'attività di Fase 1

consolidare il Centro Simulazione ad Alta Fedeltà SimFe

3.4. Sezione di Programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITA'

Sottosezione di Programmazione economico finanziaria

Obiettivi relativi alla sostenibilità economico finanziaria dell'Azienda

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti
- Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)
- Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico
- Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)
- Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)
- Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)
- Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti: si conferma non critico per entrambe le Aziende. Nonostante l'AOSP abbia registrato un peggioramento nel 2024 dovuto all'avvio del nuovo sistema informativo GAAC (valore -3,53 contro -17,23 del 2023), il dato rimane in linea con la soglia normativa (<0) e si prevede un miglioramento. Infatti già nel primo trimestre 2025 è stato registrato un valore pari a - 10,68. L'AUSL presenta invece valori stabili e ampiamente al di sotto dello zero, consolidando il trend positivo del triennio precedente. Le aziende nel corso del 2025-2027 proseguiranno l'impegno per consolidare il mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i (pagamenti entro i 60 gg). Le Aziende sono orientate a mantenere i tempi di pagamento in linea con quelli previsti dalla normativa vigente, attraverso un utilizzo efficiente della liquidità disponibile a livello aziendale e un eventuale utilizzo ottimale, solo se necessario, dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). La corretta alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e il monitoraggio dei tempi amministrativi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. A tal fine continua l'azione aziendale, tra UOC Bilancio e gli uffici liquidatori, finalizzata al miglioramento del processo di liquidazione tempestiva delle fatture, tramite comunicazioni e incontri, con l'obiettivo di affinare i passaggi procedurali corretti ed allineare le modalità operative dei vari servizi liquidatori. Tale azione è accompagnata dallo specifico monitoraggio inviato, anche per l'anno 2025, periodicamente agli uffici liquidatori, laddove viene data evidenza delle fatture scadute non ancora autorizzate al pagamento.

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta): l'AUSL ha storicamente evidenziato valori superiori alla media regionale, ma nel 2024 ha dimostrato una buona capacità di contenimento, pur rimanendo sopra la media regionale (206,92 €). Si prevede un miglioramento nel prossimo triennio grazie alle azioni implementate (incontri con MMG e NCP, promozione di buone pratiche prescrittive).

Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico: risulta soddisfacente per entrambe le Aziende, con valori 2024 superiori al benchmark regionale (AOSP 103,36 vs 95,59; AUSL 91,89). È previsto un mantenimento di tale performance grazie al costante presidio del flusso informativo e contabile.

Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità): mostra per l'AOSP un valore più elevato della media regionale (24,31% vs 19,32% nel 2024), mentre l'AUSL presenta livelli più contenuti (13,55%), anche in relazione alla diversa composizione dei fattori produttivi che hanno le due aziende per loro natura. Per entrambi gli indicatori si prevede un miglioramento o mantenimento, anche in relazione agli obiettivi di efficientamento assegnati annualmente dalla Regione su farmaci e dispositivi medici.

Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità): le due Aziende evidenziano profili strutturali molto diversi, a causa della diversa composizione del mix produttivo (servizi e trasporti per Aosp, mobilità passiva, farmaceutica convenzionata, personale convenzionato, privato accreditato per Ausl) evidenziando per AOSP un'incidenza contenuta (4,33%), mentre AUSL ha valori più elevati (42,79%) In entrambi i casi è previsto un mantenimento di tale valore, anche grazie al costante monitoraggio interaziendale per il tramite del tavolo dei gestori e ad azioni di efficientamento e razionalizzazione dei servizi acquistati, sulla base del puntuale governo dei fabbisogni e sinergie realizzabili.

Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità): l'AOSP registra un'incidenza elevata (24,45%), anche per effetto del contratto di concessione dell'Ospedale di Cona. Sono in corso analisi volte alla razionalizzazione dei costi, e per tale motivo è atteso un miglioramento anche rispetto all'accordo di negoziazione sottoscritto a fine 2024 con Prog.Este. L'AUSL, allineata su valori prossimi al 10%, mantiene un andamento stabile.

Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità): tale indicatore è in riduzione per entrambe le Aziende (AOSP da 47,93% a 44,21%; AUSL da 36,17% a 34,13%), con un trend previsto in miglioramento, anche grazie alle recenti riorganizzazioni aziendali e all'ottimizzazione delle risorse umane, in coerenza con gli obiettivi regionali e al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale.

Nel prossimo triennio, le Aziende Sanitarie provinciali si impegnano a promuovere la **sostenibilità ambientale ed energetica** attraverso interventi mirati all'efficientamento degli edifici, all'uso di fonti rinnovabili e alla riduzione dell'impatto ambientale dei processi sanitari, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile e le direttive nazionali ed europee.

Sottosezione di Programmazione degli investimenti

Obiettivi relativi all'attuazione degli investimenti previsti e al rinnovamento tecnologico, con particolare attenzione a quelli legati al PNRR per i quali le aziende hanno ricevuto specifica delega amministrativa dalla Regione.

INDICATORI MONITORATI PER IL TRIENNIO 2025-2027

- % grandi apparecchiature con età <= 10 anni

AZIONI SPECIFICHE AUSLFE E AOUFE

Nel triennio 2023-2025 sono stati effettuati interventi sia legati all'acquisizione di attrezzature sanitarie sia di digitalizzazione per ammodernamento del parco tecnologico e digitale che proseguiranno anche nel triennio 2025-2027; pertanto, è stato previsto un miglioramento dell'indicatore per entrambe le Aziende. Tale indicatore è in crescita, laddove l'AOU ha raggiunto l'80% nel 2024, mentre l'AUSL, pur partendo da valori inferiori, ha migliorato significativamente (65,22% nel 2024). Il dato suggerisce un consolidamento degli investimenti in tecnologie, in linea con gli obiettivi di rinnovo e ammodernamento del parco tecnologico anche nell'ambito degli investimenti specifici legati a fondi PNRR.

4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

Performance aziendale / Valore pubblico

Performance organizzativa (budget / master budget)

La misurazione e valutazione della Performance rappresenta il processo di verifica del Ciclo di Gestione della Performance il quale si sviluppa, in estrema sintesi, nelle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (Monitoraggio infrannuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi. Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, nello specifico, si articola su due livelli:
 - la Performance complessiva aziendale che si sviluppa attraverso una programmazione triennale (Piano della Performance) ed una rendicontazione annuale (Relazione sulla Performance), secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.
 - La Performance organizzativa ed individuale interna che si traduce in una serie di strumenti quali: il budget annuale, il sistema di reporting e di valutazione interno aziendale e il sistema premiante.

La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale e interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuale regionali.

Il sistema di valutazione è stato costruito a livello regionale attraverso la definizione di specifici indicatori di risultato collegati alle suddette Dimensioni/Aree della performance e garantire così confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Tali indicatori di valutazione della performance, comuni a tutte le Aziende USL della regione, possono comunque essere integrati con ulteriori indicatori specifici aziendali per meglio descrivere ed analizzare i risultati conseguiti. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance prosegue poi in ambito organizzativo ed individuale. La valutazione organizzativa è finalizzata a verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi descritti nel master budget, che derivano dal Piano della Performance nonché dalle Direttive e dal rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti a livello Regionale.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali con cadenza annuale.

La Direzione strategica aziendale assicura alle strutture interessate un flusso informativo sull'andamento degli obiettivi, da parte dei servizi competenti.

Nell'ottica del percorso di unificazione delle Aziende sanitarie della provincia di Ferrara si è ritenuto necessario eseguire un unico percorso di Budget con la produzione del medesimo Master Budget, nel quale viene rappresentato l'esito conclusivo del percorso di budget.

Il budget consente di legare la programmazione al controllo attraverso gli obiettivi, promuovendo l'identificazione delle responsabilità, la formulazione di piani di azioni, l'identificazione di indicatori quali/quantitativi sintetici.

La scheda di budget rappresenta la leva operativa dei piani programmatici annuali, espressa in termini quantitativi, articolata per centri di responsabilità in cui vengono definite, previa negoziazione, degli obiettivi di salute e strategici, delle attività e delle prestazioni da svolgere, le risorse specifiche ad essa riferibili, con riferimento ad un esercizio.

Il sistema budgetario identifica l'insieme degli obiettivi annuali da perseguire, articolati per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali e le risorse a tal fine utilizzabili.

Il ricorso allo strumento del budget consente quindi di:

- responsabilizzare i professionisti sia sugli obiettivi sia sulle risorse impiegate;
- favorire un migliore coordinamento tra i diversi settori dell'Azienda oltre che sviluppare l'integrazione tra il livello aziendale e il livello operativo;
- fungere da strumento di guida e di motivazione del personale supportando i Responsabili nella programmazione della loro attività;
- orientare i comportamenti dei professionisti verso il perseguimento degli obiettivi dell'Azienda;
- permettere di misurare e valutare la performance in una logica di miglioramento continuo.

Performance individuale (sistema di valutazione integrato del personale)

Il sistema di misurazione e valutazione annuale della Performance individuale attivo a livello interaziendale presso le Aziende Sanitarie Ferraresi, rientra nel più ampio "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende Sanitarie", secondo le indicazioni normative e contrattuali dettate negli anni in materia di valutazione del personale sia dal livello nazionale che da quello regionale (con particolare riferimento alla Delibera N. 5/2017 dell'OIV/SSR, ad oggi superata e integrata nelle nuove Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende Sanitarie").

L'istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, unico per tutte le Aziende Sanitarie dell' Emilia-Romagna e per ARPAE, coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.), ha portato ad una revisione complessiva dei sistemi di valutazione del personale in atto in ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale e alla richiesta alle Direzioni Aziendali di operare una revisione complessiva e una armonizzazione dei diversi processi di valutazione, da realizzarsi secondo un programma organico e pluriennale, secondo le tempistiche via via comunicate dallo stesso OIV.

In particolare, il processo interaziendale di valutazione annuale della performance individuale (o contributo individuale), è stato avviato nelle Aziende Ferraresi a partire dalla valutazione annuale riferita all'anno 2019, come da indicazioni contenute nel "Piano Aziendale di avvicinamento" adottato con delibera AUSL n. 246 del 27/12/2018 in conformità alle disposizioni della delibera n. 5/2017 dell'OIV Regionale.

Tale valutazione viene effettuata attraverso il "Modulo Valutazione" disponibile in WHR Time (Portale GRU), congiuntamente alla valutazione annuale delle competenze (Progetto adottato con delibera AUSL n. 182 del 27/09/2018). Le due valutazioni infatti, la prima (sezione "Risultati") con impatto economico sulla retribuzione di risultato delle aree dirigenziali e sulla produttività individuale dell'area del comparto, la seconda (sezione "Competenze") senza alcun impatto economico, vengono effettuate sulla medesima scheda.

La sezione 1) “RISULTATI” comprende i tre item per la valutazione del contributo individuale. I punteggi di questi primi tre item sommati tra loro determinano la quota economica di componente variabile di “risultato”, con la graduazione sotto indicata:

LEGENDA PUNTEGGI SCHEDA CONTRIBUTO INDIVIDUALE:	
0	INSUFFICIENTE
1	BASSO
2	MEDIO
3	OTTIMO
4	BENCHMARK

Items del contributo individuale con relativa graduazione:	
Da 6 a 12.....	100%
Da 4 a 5.....	50%
Uguale a 3.....	25%
Inferiore a 3.....	0

Come ribadito anche dalle Linee Guida regionali n. 1/2022 dell’OIV/SSR, affinché ogni processo di valutazione sia efficace e contribuisca perciò al miglioramento della performance individuale ed allo sviluppo delle competenze delle persone, risulta fondamentale uno stretto collegamento fra sistemi di valutazione e sistemi formativi, comprendendo in questi ultimi tutti i diversi sistemi di supporto e sviluppo degli apprendimenti formali o informali.

L’OIV SSR, con il supporto degli OAS, ha pertanto previsto un coinvolgimento strutturato e costante dei referenti aziendali della valutazione, istituendo a partire da fine anno 2021 un apposito Tavolo permanente (Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale) per la definizione dei contenuti e delle iniziative da promuovere per quanto attiene il sistema integrato di valutazione del personale, nonché per la definizione di percorsi di implementazione, aggiornamento, consolidamento, e monitoraggio dell’evoluzione del sistema stesso nelle Aziende.

L’azienda, tramite il proprio referente aziendale, ha garantito e continuerà a garantire la partecipazione al predetto Tavolo coordinato dall’OIV SSR.

Il “Modulo Valutazione” disponibile in WHR Time sin dal 2019 e col quale è stata conclusa la valutazione della performance individuale (contributo) e delle competenze riferita all’anno 2021, è stato sostituito, su decisione della cabina di regia regionale e in tutte le Aziende E.R., con il nuovo “Modulo Valutazione 2.0” implementato a partire da Gennaio 2023 e utilizzato per la valutazione riferita all’anno 2022, conclusasi a fine giugno 2023 per tutte le aree negoziali sia in AUSL FE che in AOU FE.

Per tale nuovo modulo informatizzato, sono tuttavia e a tutt’oggi in corso migliorie/adattamenti da parte della Ditta fornitrice per renderlo più aderente alle esigenze delle Aziende e sono previste diverse ulteriori implementazioni, con l’obiettivo di arrivare nel tempo ad una gestione standardizzata delle varie tipologie di valutazione previste nelle Linee Guida dell’OIV SSR stesso n. 1/2022.

Anche in questo caso è stato attivato a fine 2021 dalla Cabina di regia un gruppo di lavoro ad hoc con la partecipazione dei referenti di tutte le Aziende e dell'OIV SSR per verificare e supportare gli sviluppi e i rilasci partiti da Gennaio 2023 nelle Aziende Sanitarie Ferraresi e che seguiranno secondo accordi e tempistiche non ancora definite e comunicate. L'azienda, tramite il proprio referente aziendale, ha partecipato e continuerà a partecipare al predetto Tavolo coordinato dall'OIV SSR.

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
DIMENSIONE UTENTE					
Accesso e Domanda					
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	85,61	78,09	Incremento progressivo	-	
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	94,09	89,46	Incremento progressivo	-	
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	89,74	99,70	Incremento progressivo	-	
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D	76,08	88,41	Mantenimento	-	
% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1 + V2)	37,49	45,54	Incremento progressivo	-	
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B	80,21	97,76	Mantenimento	-	
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98,79	99,18	Mantenimento	-	
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	72,34	-		76,87	Incremento progressivo
% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e	85,57	89,66	Incremento progressivo	-	

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi					
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - Indicatore NSG: D09Z	15	-		-	
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	124,25	125,96	Decremento progressivo	-	
Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	75,71	83,27	Incremento progressivo	82,32	Incremento progressivo
Indice di completezza SIGLA/SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	85,01	91,78	Incremento progressivo	92,51	Incremento progressivo
Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	76,22	86,94	Incremento progressivo	69,97	Incremento progressivo
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	20,31	18,91	Decremento progressivo	-	
Integrazione					
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 - Indicatore NSG: D03C	242,85	266,38	Decremento progressivo	-	
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	82,48	51,45	mantenimento	-	
% IVG farmacologiche erogate a livello	50,26	100	mantenimento	95,90	mantenimento

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche					
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	30,51	35,29	mantenimento	-	
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	24,55	24,27	mantenimento	-	
% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C	6,50	10,45	Decremento progressivo	-	
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti- Indicatore NSG: D29C	128,84	114,39	Decremento progressivo	-	
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C	70,41	88,80	Decremento progressivo	-	
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	10,13	10,97	mantenimento	-	
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z	100	94,84	Incremento progressivo	-	
Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	11,51	13,96	Incremento progressivo	-	
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	56,40	52,30	Incremento progressivo	-	

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	25,35	23,86	Decremento progressivo	-	
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	7,39	7,71	Decremento progressivo	-	
N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	39,48	45,91	Mantenimento	-	
Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	83,61	85,37	Mantenimento	-	
Esiti					
Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	80,05	95,05	Mantenimento	71,52	Incremento progressivo
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	87,21	83,05	Incremento progressivo	88,76	Incremento progressivo
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9,39	14,29	Decremento	6,70	Decremento
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8,39	8,57	Decremento	6,85	Decremento
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui – NSG	97,11	-		100	Mantenimento
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un	3,82	-		0,44	Mantenimento

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
intervento chirurgico conservativo per TM mammella - Indicatore NSG: H03C					
% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C	14,84	-		-	
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - Indicatore NSG: H18C	16,26	-		16,84	Mantenimento
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,97	-		0,97	Decremento
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,60	-		1,92	Decremento
% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	66,59	79,26	Incremento	79,50	Incremento
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C	17,51	16,20	Decremento	17,39	Decremento
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C	15,04	15,25	Decremento	14,81	Decremento
DIMENSIONE PROCESSI INTERNI					
Produzione-Ospedale					
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	77,78	87,93	Mantenimento	84,60	Mantenimento

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	9,60	9,30	Mantenimento	5,35	Incremento
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	12,62	2,77	Decremento	10,05	Decremento
Indice di case mix degenza ordinaria	-	0,92	Incremento	0,96	incremento
Indice comparativo di performance	-	1,17	Decremento	1,31	decremento
Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - Indicatore NSG: H08Za	1,34	4,41	Mantenimento	-	
Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - Indicatore NSG: H08Zb	6,78	4,46	Mantenimento	-	
Produzione-Territorio					
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	21,24	17,43	Decremento	-	
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	89,74	81,50	Decremento	-	
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	8,90	9,10	Decremento	-	
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	63,85	63,76	Incremento	-	
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	9,83	13,15	Mantenimento	-	
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,35	0,23	Incremento	-	
Produzione-Prevenzione					
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia)	96,49	95,88	Mantenimento	-	

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
nei bambini - Indicatore NSG: P02C					
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - Indicatore NSG: P06C	59,70	57,22	Incremento	-	
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P04C	91,80	91,34	Incremento	-	
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P01C	96,68	97,13	Mantenimento	-	
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	8,42	7,94	Decremento	-	
% cantieri ispezionati	21,36	19,53	Mantenimento	-	
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	72,87	73,84	Incremento	-	
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	66,53	70,24	Incremento	-	
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	52,78	54,99	Mantenimento	-	
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	100	100	Mantenimento	-	

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	99,57	99	Mantenimento	-	
% di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25)	8,82	5,50	Incremento		
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico					
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	0,16	0,10	Decremento	0,14	Decremento
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z	2,38	1,55	Mantenimento	-	
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z	25,51	26,31	Decremento	-	
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	16,60	14,78	Decremento	-	
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie	4,46	3,17	Decremento	-	

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
con ricovero ripetuto entro 30 giorni					
Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	14	14	Incremento	-	
% di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	9,02	8,25	Decremento	-	
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	924,88	1.033,66	Decremento	-	
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	719,92	795,01	Decremento	-	
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C	75,16	99,33	Decremento	-	
Organizzazione					
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	4,58	2,53	Incremento	1,70	Incremento
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	25,19	11,92	Incremento	10,43	Incremento
% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	3,68	2,45	Incremento	1,63	Incremento
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti	63,41	38,71	Incremento	94,60	Mantenimento
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	88,09	73,14	Incremento	86,74	Incremento

Indicatori per Sezioni e Sottosezioni della Performance	Emilia-Romagna	AUSL Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AUSL	AOU Ferrara	Previsione anni 2025-2027 AOU
% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali	90,78	91,80	Incremento	-	
Anticorruzione-Trasparenza					
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	Mantenimento	100	Mantenimento
% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi	67,93	76,38	Mantenimento	60,72	Incremento
DIMENSIONE SOSTENIBILITA'					
Sostenibilità economico-finanziaria					
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-12,31	Mantenimento	-3,53	Mantenimento
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,59	91,89	Incremento	103,36	Mantenimento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	206,92	215,59	Decremento	-	
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	19,32	13,55	Mantenimento	24,31	Decremento
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	29,79	42,79	Decremento	4,33	Mantenimento
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	11,86	10,39	Mantenimento	24,45	Decremento
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	37,06	34,14	Mantenimento	44,21	Decremento
Investimenti					
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	70,19	65,22	Incremento	80	Mantenimento

Indicatori considerati per la stesura del PIAO - LEGENDA

Legenda:

V : Valutazione - O : Osservazione - A : Adjusted - R : Residenza - E : Erogazione - S : Stimato - P : Parziale

UTENTE

Accesso e Domanda

- IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (classe priorità D) - SSN (Flusso MAPS2) - [O/ E]
- IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (classe di priorità D) - SSN (Flusso MAPS2) - [O/ E]
- IND0795 - Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg [O/ R] - (Flusso MAPS2)
- D10Z - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG (Flusso DEMA e gestionale invio art.50) - [O/ E]
- D11Z - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG (Flusso DEMA e gestionale invio art.50) - [O/ E]
- IND1145 - % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2) (Anagrafe regionale prescritto (ARP)) - [O/ E]
- IND0861 - % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (Flusso ARP) - [O/ E]
- IND0775 - % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi (Flusso PS) - [O/ E]
- IND0776 - % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi (Flusso PS) - [O/ E]
- D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - NSG (Flusso 118) - [O/ E]
- H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]
- IND0955 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti (Flusso SISM (dal 2021)) - [O/ R]
- IND0980 - Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0982 - Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati (Flusso SDO, SIGLA) - [O/ E]
- IND0984 - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente] (Flusso SIGLA) - [O/ E]

Integrazione

- D03C - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]

- D04C - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]
- IND0908 - % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche (Flusso IG) - [O/ E]
- IND0866 - Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni (Flusso SDO) - [O/ R]
- IND0960 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni (Flusso SDO) - [O/ R]
- D27C - % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]
- D29C - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]
- D05C - Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG (Flusso PS) - [O/ E]
- IND0862 - Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI (Flusso ADI e SDO) - [O/ R]
- D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (Flusso ADI) - [O/ R]
- IND0907 - Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR - [O/ R] (Flusso ADI)
- D32Z - N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG (Flusso HOSPICE) - [O/ R]
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (Flussi ADI, HOSPICE e REM) - [O/ E]
- IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO (Flussi SDO e SIRCO) - [O/ E]
- D33ZA - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG (Flussi FAR e GRAD) - [O/ R]
- IND1205 - Tasso di occupazione Ospedali di Comunità (SIRCO, Anagrafe Regionale Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali autorizzate e accreditate) - [O/ R]

Esiti

- IND0379 - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100) (Flusso SDO) - [O/ E]
- H05Z - Proporzioni colectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]
- H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG (Flusso SDO e REM (ARA se non disponibile REM)) - [O/ E]
- H24C - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - NSG (Flusso SDO e REM (ARA se non disponibile REM)) - [O/ R]
- H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]
- H03C - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG (Flusso SDO e REM (ARA se non disponibile REM)) - [O/ E]
- IND0402 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0403 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (Flusso SDO) - [O/ E]

- IND1013 - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (Flussi SDO e PS) - [O/ E]
- H17C - % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]
- D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG (Flussi SDO e REM (ARA se non disponibile REM)) - [O/ E]
- D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG (Flussi SDO e REM (ARA se non disponibile REM)) - [O/ E]
- H18C - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]

PROCESSI INTERNI

Produzione-Prevenzione

- P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG (AVR-rt e Anagrafe sanitaria) - [O/ R]
- P04C - Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG (AVR-rt e Anagrafe sanitaria) - [O/ R]
- P06C - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG (AVR-rt e Anagrafe sanitaria) - [O/ R]
- P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG (AVR-rt e Anagrafe sanitaria) - [O/ R]
- IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA (Sistema Informativo Nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Flussi informativi INAIL Regionali) - [O/ R]
- IND0187 - % cantieri ispezionati (Scheda Ministeriale Attività. Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) - [O/ R]
- IND0761 - Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (Rilevazione Regionale puntuale) - [O/ R]
- IND0762 - Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (Rilevazione Regionale puntuale) - [O/ R]
- IND0763 - Screening coloretta: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (Rilevazione Regionale puntuale) - [O/ R]
- P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG (Piattaforma VETINFO, Flusso Informativo PNA e Flusso Informativo Farmacosorveglianza) - [O/ R]
- P12Z - Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG (NSIS - Flusso RADISAN, Piano regionale alimenti, programmazione regionale Piano Nazionale Residui) - [O/ R]
- IND1126 - % di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni) (SICO) - [O/ R]

Produzione-Territorio

- IND0953 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti (Flusso SISM (dal 2021)) - [O/ R]
- IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile (Flusso SINPIAER) - [O/ R]
- IND0226 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche (Flusso SIDER) - [O/ R]
- IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza (Flusso CEDAP) - [O/ R]
- IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) (Flusso SICO) - [O/ R]
- IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti (Flusso GRAD) - [O/ R]

Produzione-Ospedale

- IND0868 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0869 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0870 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0871 - Indice di case mix degenza ordinaria (Flusso SDO) - [O/ E]
- IND0872 - Indice comparativo di performance (Flusso SDO) - [O/ E]
- H08ZA - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG (SISTRA) - [O/ E]
- H08ZB - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG (SISTRA) - [O/ E]

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

- H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG (Flusso SDO) - [O/ E]
- H06Z - Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]
- H07Z - Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG (Flusso SDO) - [O/ R]
- IND0863 - Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (Flusso ASA) - [O/ E]
- IND0864 - Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (Flusso ASA) - [O/ E]
- D13C - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG (Flusso ASA) - [O/ R]
- IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS (Flussi FAR e PS) - [O/ R]
- IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni (Flussi FAR e SDO) - [O/ R]
- IND1012 - Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale (Flussi AFT e FED) - [O/ R]

- IND1075 - % di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani (Flussi AFT e FED) - [O/ R]

Organizzazione

- IND1160 - % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori (GRU) - [O/ E]
- IND1161 - % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali (GRU) - [O/ E]
- IND1162 - % giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative (GRU) - [O/ E]
- IND1083 - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (Fonte FSE - Lepida ScpA) - [O/ E]
- 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 (Fonte FSE - Lepida ScpA) - [O/ E]
- IND1194 - % dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali (Fonte FSE - Lepida ScpA) - [O/ E]

Anticorruzione-Trasparenza

- IND0405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza (Delibera annuale ANAC per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione) - [O/ E]
- IND0818 - % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (Intercent-ER) - [O/ E]

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e didattica

- IND1171 - N. medio di pubblicazioni per ricercatore () - [O/ E]
- IND1172 - Impact Factor normalizzato () - [O/ E]

SOSTENIBILITA'

Sostenibilità economico-finanziaria

- IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti () - [O/ R]
- IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta) (Flussi AFT e FED) - [O/ R]
- IND0363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico (Flusso DIME e Piano dei Conti) - [O/ E]
- IND0877 - Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) (Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE) - [O/ E]
- IND0878 - Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) (Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE) - [O/ E]
- IND0879 - Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) (Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE) - [O/ E]

- IND0880 - Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) (Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE) - [O/ E]

Investimenti

- IND1193 - % grandi apparecchiature con età <= 10 anni () - [O/ E]

6. DOCUMENTI ATTUATIVI DEL PIAO

Sottosezione dei Rischi Corruttivi e della Trasparenza

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e i suoi successivi aggiornamenti hanno reso fondamentale e strategico l'obiettivo di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici, che vengono esplicitati nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

I contenuti della sezione sono orientati al sostegno e alla messa in atto di strategie aziendali di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo: la normativa in materia di Anticorruzione e Trasparenza prevede, difatti, forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, volta a garantire un diretto collegamento tra le misure in argomento e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative. Ciò in stretto raccordo ed integrazione, per gli aspetti in comune, tra entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi che hanno in atto un processo di integrazione.

Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP)

La logica alla quale si ispira il documento allegato è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie a far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso delle nostre Aziende, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie e di "core business" piuttosto che a quelle di supporto o di back office.

Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

Con l'adozione del primo Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), si intende favorire forme di collaborazione tra Azienda e lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Azienda. Il principio si basa sui seguenti fattori:

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

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile e in questo le opportunità legate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) rappresentano un fattore importante.

Piano delle Azioni Positive

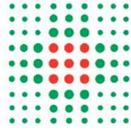
Il Piano delle Azioni Positive è lo strumento attuativo redatto per svolgere un ruolo propositivo e propulsivo nell'individuare le migliori soluzioni che tutelino contemporaneamente la salute e favoriscano l'inclusione di genere, il rispetto della dignità di ciascuno e la piena realizzazione personale e professionale tenuto conto delle differenze. Persegue pertanto i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'Ente;
- uguaglianza sostanziale fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità di lavoro e di sviluppo professionale;
- contesto lavorativo improntato al benessere organizzativo che garantisca il rispetto della dignità e della libertà dell'individuo;
- studio delle differenze biologiche e psicosociali tra uomini e donne (ed altre identità sessuali, ndr) che riguardano sia la consapevolezza della salute che lo sviluppo, la percezione e le modalità di trattamento delle malattie ("modello bio-psico-sociale")

Viene elaborato dal CUG interaziendale AUSL-AOU, a fronte delle succitate politiche strategiche, e realizzato nell'ambito del Progetto Interaziendale per la Parità di Genere dell'AUSL-AOU di Ferrara (delibera nr. 236 del 13/09/2022) nel quale CUG, Inclusion e Gender Manager/Gender Team, Board Equità e Medicina di Genere devono operare in sinergia per il raggiungimento del fine comune.

Piano Aziendale Equità

Per quanto riguarda le Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere le Aziende Sanitarie provinciali hanno ottenuto la certificazione di parità di genere già dal 2024 e si impegnano al mantenimento della stessa ed a tutte le azioni messe in campo dal Board equità e dal diversity manager. Si richiamano anche le attività in corso promosse dal Gruppo di coordinamento regionale equità (costituito con det. n. 28136/2024) ed al quale le aziende sanitarie provinciali partecipano attivamente. Entro la fine del 2025 per il triennio 2026-2028, le Aziende predisporranno il Piano aziendale equità, che si può configurare dal punto di vista metodologico come uno dei "piani attuativi del PIAO".



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



**Università
degli Studi
di Ferrara**

DOCUMENTI ATTUATIVI

INDICE

Sottosezione dei Rischi Corruttivi e della Trasparenza AUSL di Ferrara.....	89
Piano Triennale dei Fabbisogni Del Personale (PTFP) delle Aziende USL e Ospedaliero- Universitaria di Ferrara 2025-2027	262
Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) delle Aziende Sanitarie provinciali 2024	309
Piano delle Azioni Positive AUSL-AOU di Ferrara 2025-2027	331
Piano Equità	343

“Valore pubblico, performance, anticorruzione”

Sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza”
del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione dell’Azienda Usl
di Ferrara
Triennio 2025- 2027

Sommario

Introduzione

I Soggetti coinvolti

- L'Organo di indirizzo
- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati – RPD/DPO
- Il soggetto gestore in materia di anticiclaggio (DM 25 settembre 2015)
- Il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA)
- Il soggetto Responsabile per la transizione al digitale
- I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- I Dirigenti dell'Amministrazione
- I Dipendenti dell'Amministrazione
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione
- I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97 del 25/05/2016.
- I Collegi Tecnici
- Il Collegio Sindacale
- Il Collegio di Direzione
- L'Organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio sanitario regionale
- L'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV degli Enti e delle Aziende del SSR (OAS)
- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.)

Analisi del contesto e la mappatura dei processi

I contenuti della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O. e la loro applicabilità

Il sistema di monitoraggio

- La pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni in "Amministrazione Trasparente"
- I monitoraggi semestrali relativi alla verifica dei contenuti e dell'aggiornamento dei dati e delle informazioni presenti nel "Registro degli accessi"
- Il Coordinamento con gli strumenti di programmazione

Il trattamento del rischio: le misure generali

- La formazione

La Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie AVEC e Ausl della Romagna

La formazione in ambito aziendale

Formazione in Area AVEC

- Adeguamento regionale del Codice di Comportamento del personale operante nelle Aziende del SSR ed azioni conseguenti all'interno delle Aziende Sanitarie Ferraresi

In particolare: la raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti

Trattamento del rischio: previsione delle misure specifiche

- Incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali

- Attività del Personale successiva alla cessazione dal servizio (art. 53, comma 16 ter del D. Lgs 165/2001) – c.d. Pantouflage
- Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici
- La gestione del decesso in ambito intraospedaliero e le indicazioni della direttiva della Regione Emilia Romagna approvata con la DGR n. 1678 del 14/10/2019
- Il controllo e la prevenzione del rischio
- La rotazione degli incarichi
- La rotazione straordinaria
- Misure volte ad attuare le disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi
- La tutela del dipendente che segnala illeciti

SEZIONE TRASPARENZA

Il concetto di trasparenza nel PNA 2022

- I compiti del Responsabile del procedimento
- I dati e le informazioni pubblicati: metodologie e procedure
- Le Strutture aziendali a stabile presidio dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza
- Il diritto di accesso

Accesso documentale

Il Registro degli accessi

Le banche dati di cui all'art. 9 bis del D. Lgs 33/13 e s.m.i.

Tempestività del dato: interpretazioni

Strumenti di comunicazione esterna.

La nuova impostazione della sottosezione "Bandi di gara e contratti" prevista dal PNA 2022

APPENDICE 1 – ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

APPENDICE 3 – CONTESTO ECONOMICO

APPENDICE 3BIS – I DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: UN QUADRO STATISTICO

Introduzione

La sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stata predisposta dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance: per questa edizione è stata inoltre previamente assicurata una consultazione pubblica via web, mediante invito a presentare proposte e/o suggerimenti, pubblicata sul sito internet istituzionale www.ausl.fe.it, nonché sulla intranet aziendale nel periodo 09 giugno 2025 – 20 giugno 2025 per consentire agli stakeholders esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione.

Al termine del periodo di consultazione via web non sono pervenute proposte di aggiornamento o suggerimenti da assorbire all'interno del documento.

La prospettiva temporale è il triennio 2025/2027, con possibilità di effettuare aggiornamenti annuali o quando ritenuto necessario in ragione di particolari novità normative, vicende o mutamenti organizzativi rilevanti: il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e i suoi successivi aggiornamenti hanno reso fondamentale e strategico l'obiettivo di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

I contenuti della sezione sono orientati al sostegno e alla messa in atto di strategie aziendali di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo: la normativa in materia di Anticorruzione e Trasparenza prevede, difatti, forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, volta a garantire un diretto collegamento tra le misure in argomento e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

Il presente documento è comunque oggetto di raccordo ed integrazione, per gli aspetti in comune, con l'Azienda Osp.ro Universitaria di Ferrara con la quale è in atto un processo di integrazione

Il Presidente dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, Giuseppe Busia, nella Relazione Annuale 2024 presentata alla Camera dei Deputati il 20/05/2025 ricorda l’importanza di «Guarire dalla corruzione»: con questo imperativo perentorio e incondizionato, affidato ad un breve scritto poco citato nelle scorse settimane, Papa Francesco aveva voluto scuotere le nostre coscienze e sollecitarci ad una netta scelta di campo, rivolgendosi, come sempre, a credenti e laici. Guarire dalla corruzione – ci ha spiegato – significa soprattutto rifiutare la cultura di cui la corruzione si alimenta. Perché il corrotto non è mai un solitario ma, per esistere, ha bisogno di un sistema che lo supporti e lo legittimi. E «se per il peccato c’è redenzione – scriveva Francesco – per la corruzione no». Il successo di una tale strategia, tuttavia, non si ottiene con l’azione solitaria di una o poche autorità. Serve che tutti – istituzioni pubbliche e operatori privati, associazioni e cittadini singoli – si coordinino e condividano un impegno comune a salvaguardia dell’integrità, bene essenziale su cui poggia la credibilità della nostra democrazia”.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Azienda Usl di Ferrara
Dott. Alberto Fabbri

I Soggetti coinvolti

L'Organo di indirizzo

Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Inoltre:

- Individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), impegnandosi a tutelarne l'autonomia e garantendone adeguate risorse umane e strumentali;
- Adotta il PIAO, in cui è presente la sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza";
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche sulla base delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna;

Il PNA approvato con delibera dell'Autorità n. 1064 del 13/11/2019 si sofferma in particolare sul ruolo degli organi di indirizzo i quali, secondo Anac devono *"assumere un ruolo proattivo, anche attraverso la creazione sia di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT, sia di condizioni che ne favoriscano l'effettiva autonomia"*.

Con:

- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 20 del 30 gennaio 2025 recante "Azienda Usl di Ferrara – Nomina del Direttore Generale";
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 21 del 30 gennaio 2025 recante "Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – Nomina del Commissario Straordinario";

è stata nominata la Direttrice Generale dell'Ausl di Ferrara e Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara la Dott.ssa Nicoletta Natalini, per anni quattro, a decorrere dal 1° febbraio 2025 per entrambe le Aziende sanitarie ferraresi. La Dott.ssa Natalini ha successivamente nominato il Direttore Amministrativo/Sub Commissario Amministrativo ed il Direttore Sanitario/Sub Commissario Amministrativo: il nuovo assetto delle Direzioni Strategiche aziendali è rinvenibile nelle rispettive sezioni "Incarichi Amministrativi di Vertice".

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, nella Relazione Annuale 2024 presentata alla Camera dei Deputati in data 20 maggio 2025, sottolinea come *"I Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), presenti in tutti gli enti e gli organismi pubblici, sono un perno essenziale del sistema di prevenzione, fondamentali sentinelle della legalità, chiamati ad operare spesso in realtà difficili e senza adeguato sostegno. A loro tutela, invochiamo da tempo strumenti più pregnanti di intervento, specie per le ipotesi in cui essi, in conseguenza del proprio lavoro, si trovino esposti a resistenze, o vere e proprie ostilità, con una minaccia diretta alla loro indipendenza"*.

La legge assegna alla figura del RPCT importanti adempimenti, quali ad esempio:

- 1) Elabora e predispone i contenuti della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza, del PIAO (art. 1 c. 8 L. n. 190/2012);
- 2) Provvede alla pubblicazione della relazione recante i risultati svolti ai sensi dell'art. 1, c. 14, della L. n. 190/2012 comunicando alla Direzione Strategica l'avvenuto adempimento;
- 3) Segnala alla Direzione Generale e all'OIV/SSR le "disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 1 c. 7 L. n. 190/2012);
- 4) Verifica l'attuazione di misure generali e specifiche;
- 5) Effettua attività di controllo sugli obblighi di pubblicità in capo ai dirigenti (ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.) segnalando alla Direzione Generale, all'OIV/SSR, all'ANAC, e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza dei singoli dirigenti;

- 6) Vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi che, per quanto riguarda gli enti del SSN, concerne la Direzione Strategica e la dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa.

Ai sensi dell'art. 19, lett. A), punto 3) del vigente Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Usl di Ferrara, adottato con delibera n. 16 del 19/01/2024, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

- Cura la diffusione della conoscenza del Codice in ambito aziendale, anche promuovendo idonee iniziative formative;
- Monitora annualmente il livello di attuazione dello stesso;
- Riceve le segnalazioni di infrazione del Codice commesse da qualunque destinatario;
- Cura la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda l'esito del monitoraggio annuale secondo le indicazioni fornite dall'ANAC;
- Utilizza tali dati al fine di proporre eventuali misure volte a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le cattive condotte in fase di predisposizione della sottosezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO;

Si sottolinea che l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza è stata ogniqualevolta accompagnata:

- Da comunicazioni operative (formali ed informali) da parte del RPCT rivolte ai Direttori ed alla rete degli Editor e dei Validatori¹ del dato, del documento e/o dell'informazione nell'ottica della più ampia condivisione delle informazioni e delle soluzioni tecniche e tecnologiche utili a garantire la regolare pubblicazione nelle sezioni del sito "Amministrazione Trasparente";
- Da incontri con i Direttori, Dirigenti e Titolari di incarichi di funzione per socializzare le informazioni anche ai fini di un fattivo confronto circa l'applicabilità delle disposizioni in materia di mappatura dei processi relativi alle aree a rischio corruzione;
- Da incontri con i Direttori, Dirigenti, Titolari di incarichi di funzione e funzionari per calare in maniera guidata all'interno dell'organizzazione le disposizioni previste dal Codice di Comportamento nazionale e aziendale.

Fin dall'anno 2013 a tutt'oggi (da ultimo delibere n. 200 del 30/09/2021 e n. 210 del 08/10/2021), il Dirigente Amministrativo, Dott. Alberto Fabbri ha ricoperto l'incarico aggiuntivo di "Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza" in Azienda Usl di Ferrara.

Il RPCT dell'Azienda USL di Ferrara, inoltre,

- Dal maggio 2016 ha assunto il ruolo di Coordinatore del Tavolo attivato in sede AVEC (Area Vasta Emilia Centro) che raggruppa i RPCT delle Aziende sanitarie di area AVEC alle quali si è successivamente aggiunta anche l'Ausl della Romagna;
- Dal mese di Settembre 2017 è membro del Gruppo regionale della Regione Emilia Romagna ad oggetto "Rete per l'integrità e la trasparenza", prevista dall'articolo 15 della legge regionale 28 ottobre 2016, n. 18 (Testo unico per la promozione della legalità);
- Dal mese di Dicembre 2017 è componente del "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR" in virtù della determina del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare n. 19717 del 5/12/2017 ad oggetto: "Costituzione del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR" e s.m.i., aggiornata da ultimo con determina n. 21042 del 3/11/2022;

Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati – RPD/DPO

Seguendo la scia già tracciata dall'aggiornamento al PNA 2018 adottato con delibera ANAC n. 1074/2018, l'Allegato 3 al PNA 2022 adottato con delibera ANAC n. 7/2023 ha fornito indicazioni aggiornate sulla figura

¹ Editor: il soggetto che provvede al materiale caricamento del dato, del documento e/o dell'informazione; Validatore: il soggetto che verifica la correttezza del dato, del documento e/o dell'informazione, valida il contenuto e provvede alla pubblicazione nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente". I ruoli possono essere distinti o identificarsi nella stessa persona.

del RPCT e sulla struttura di supporto, al fine di orientare sia le PP.AA. che gli enti di diritto privato nelle decisioni da assumere per addivenire ad una corretta individuazione del RPCT. Ampio spazio è dedicato ai rapporti tra il RPCT e gli altri organi dell'amministrazione, in particolare con il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD o DPO (*Data Protection Officer*) secondo l'acronimo inglese.

Come è noto la disciplina introdotta dal Regolamento europeo per la protezione dei dati personali, Regolamento (UE) 2016/679 (d'ora in poi GDPR), è direttamente applicabile in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea a partire dal 25 maggio 2018: la principale novità introdotta dal Regolamento consiste nell'affrontare il tema della tutela dei dati personali attraverso un approccio basato sulla valutazione del rischio, in luogo del precedente approccio basato su adempimenti, e consegna la protezione dei dati nelle mani del Titolare del trattamento il quale, grazie al principio di responsabilizzazione ("accountability") potrà, nei limiti e dentro i parametri delineati dal Regolamento, adottare le misure che ritiene più opportune e comprovare il conseguimento degli obiettivi che ha raggiunto nel rispetto dei principi che presidono il trattamento dei dati personali.

L'implementazione del "sistema privacy" delineato dal GDPR implica pertanto la necessità di generare nell'organizzazione la piena consapevolezza dei rischi inerenti ai trattamenti dei dati e le responsabilità connesse, nonché l'affermazione di una cultura della protezione dei dati quale parte integrante della vita lavorativa dell'organizzazione, con particolare attenzione ai dati sanitari (ivi compresi i dati biometrici e genetici), nonché ai cosiddetti dati sensibili sotto il profilo dei diritti e delle libertà fondamentali dell'individuo. Tra gli adempimenti di maggiore importanza e di più ampio impatto, anche per le PP.AA., rientra certamente la designazione ed il ruolo del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), figura prevista dall'art. 37 del GDPR.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento per il RPCT a cui, tuttavia, non può sostituirsi nell'esercizio di alcune funzioni.

Si pensi, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.

In questi casi, il RPCT può avvalersi, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

In linea generale, al fine di assicurare che il RPCT svolga il suo delicato compito con effettività è opportuno garantire l'esclusività di tale funzione, assicurando pieno godimento delle prerogative allo stesso riconosciute, che devono essere svolte in condizioni di autonomia e indipendenza.

Per quanto possibile, quindi, la figura del RPD non deve coincidere con il RPCT. La sovrapposizione di tali ruoli può infatti rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.

Alla medesima soluzione proposta da ANAC è giunto anche il Garante per la Protezione dei Dati Personali nel suo "Documento di indirizzo su designazione, posizione e compiti del Responsabile della protezione dei dati (RPD) in ambito pubblico", allegato al provvedimento n. 186/2021. Richiamando le "Linee guida del Gruppo di lavoro articolo 29" per la protezione dei dati, il Garante afferma sussistere certamente una situazione di conflitto di interessi tra i ruoli del RPCT e RPD in quanto soggetti entrambi operanti in settori in cui i trattamenti dei dati personali sono certi e trasversali rispetto all'intera amministrazione, oltre che significativi in termini di quantità e qualità dei dati personali trattati, nonché di rischi sui diritti e sulle libertà fondamentali degli interessati. Secondo il Garante, l'incarico di RPCT sarebbe pertanto incompatibile con quello di RPD, se davvero si vuole dare effettività all'art. 38, par. 6 del GDPR, che impone al Titolare o al Responsabile del trattamento di assicurarsi che eventuali ulteriori compiti e funzioni del RPD non diano adito a un conflitto di interessi, senza contare altresì che accumulare ulteriori incarichi (come quello di RPCT) sulla figura del RPD rischia di inficiare la capacità del medesimo di assolvere efficacemente agli obblighi derivanti dal GDPR – da un lato – e dalla normativa anticorruzione e trasparenza – dall'altro.

Peraltro, la sussistenza di molteplici situazioni di conflitto di interesse tra il ruolo del RPD e altre funzioni è emersa anche nella relazione del 16 gennaio 2024 del Comitato europeo per la Protezione dei Dati (o *European Data Protection Board – EDPB*) sui risultati delle indagini compiute nel 2023 dalle 25 Autorità Garanti europee: tale circostanza ribadisce la persistente attualità e rilevanza della tematica, che merita senz'altro costanti approfondimenti e una puntuale attenzione.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) dell'Azienda Usl di Ferrara è attualmente l'Avv. Juri Monducci.

Il soggetto gestore in materia di antiriciclaggio (DM 25 settembre 2015)

Il D.Lgs. n. 231/2007, rubricato *“Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”*, ha configurato un impianto normativo finalizzato a prevenire e contrastare l'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, mediante la previsione di misure volte a tutelare l'integrità del sistema economico e finanziario e la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza.

Ai sensi dell'art. 10 del Decreto citato, le PP.AA. devono dotarsi di procedure interne idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e indicare le misure necessarie a mitigarlo. Inoltre, le PP.AA. sono tenute a comunicare all'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF), istituita presso la Banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. L'UIF effettua l'analisi finanziaria delle informazioni ricevute 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.

Le Direzioni strategiche dell'Azienda Usl di Ferrara e dell'Azienda Osp.ro Universitaria di Ferrara, hanno designato il nuovo soggetto Gestore in materia di antiriciclaggio rispettivamente con note PG 63165 del 11/11/2020 e PG 30868 del 11/11/2020 nella persona della Dott.ssa Paola Grandinetti (Dirigente Amministrativo attualmente incardinata nella UOC Affari Istituzionali).

I componenti del Tavolo AVEC e Ausl della Romagna hanno attivato, fin dal 2021, un Gruppo di lavoro finalizzato all'approfondimento della normativa con l'intento di elaborare uno schema-tipo di Regolamento e l'individuazione o modifica delle procedure interne per la valutazione delle operazioni sospette da segnalare all'UIF.

L'Azienda Usl di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno formalizzato detto regolamento rispettivamente con delibera n. 231 del 26/07/2024 di AUSL e n. 189 del 26/07/2024 di AOU recanti: *“Adozione del regolamento per la gestione delle segnalazioni nell'ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo e conferma del Gestore”*. Il regolamento si applica a tutte le articolazioni organizzative aziendali competenti allo svolgimento di procedure finalizzate all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione, o a procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, oppure ancora di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Le figure previste dal regolamento quali attori del sistema antiriciclaggio sono i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali deputate a svolgere le attività elencate al paragrafo precedente, il soggetto Gestore e il RPCT.

Il Direttore/Responsabile della struttura risponde dell'applicazione del regolamento nelle attività di afferenza e, qualora ritenga o sospetti che siano in corso o siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa, inoltra tempestivamente una segnalazione interna al Gestore. A sua volta, il Gestore verifica le segnalazioni ricevute e, laddove l'operazione presenti caratteristiche considerate anomale, provvede alla compilazione e all'invio della comunicazione di operazione sospetta all'UIF, oltre ad avvisare tempestivamente il Direttore Amministrativo al fine di consentire l'attivazione dei provvedimenti conseguenti di sospensione o interruzione del rapporto/operazione e, se ne ricorrano i presupposti, la comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

Il regolamento prevede infine una stretta collaborazione tra il soggetto Gestore e il RPCT: il Gestore infatti elabora una relazione annuale sul numero e contenuto delle segnalazioni, che trasmette al RPCT. Inoltre, il RPCT verifica che il PAF aziendale contenga la previsione di attività formative sulla materia, proposte dal Gestore, e collabora con quest'ultimo nell'eventuale adozione di ulteriori misure antiriciclaggio da inserire nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO.

La materia, già individuata come meritevole di particolare approfondimento da parte del Tavolo dei RPCT, sarà oggetto di un corso formativo in modalità FAD che verrà implementato nel corso dell'anno 2025.

Il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA)

"Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [stazione Appaltante] stessa [...]. L'individuazione del RASA è intesa quindi come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione" (PNA 2016). L'attuale RASA dell'Azienda UsI di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è attualmente collocato nel Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie Sanitarie come definito con delibere del Direttore generale n. 187 del 22/11/2016 di AUSL e n. 224 del 28.11.2016 di AOU ad oggetto "Sostituzione del soggetto responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) dell'Azienda UsI di Ferrara incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA)".

Il soggetto Responsabile per la transizione al digitale

Figura introdotta dall'art. 17 del CAD (Codice di Amministrazione Digitale), ha il compito di favorire il passaggio alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale ed aperta. Il collegamento con le attività del RPCT è evidente, soprattutto nell'ambito della trasparenza. Con delibera del Direttore generale n. 6 del 15/01/2020 di AUSL e n. 1 del 15/01/2020 di AOU ad oggetto: "Determinazioni in ordine all'individuazione del Responsabile per la transizione al digitale a seguito della Circolare n. 3/2018" è stata confermata l'attribuzione all'U.O.C. ICT delle funzioni e dei compiti per la transizione al digitale di cui all'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) individuando, di conseguenza il soggetto Responsabile nel titolare dell'incarico dirigenziale di direzione della stessa UOC, anche in caso di facente funzioni.

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La complessità dell'organizzazione aziendale fa ritenere opportuno l'affiancamento al RPCT di Referenti qualificati, individuati nei Direttori apicali e nei Dirigenti amministrativi delle Strutture che svolgeranno un ruolo di raccordo fra l'Ufficio del Responsabile e le Strutture da Loro dirette.

Nello specifico provvedono a:

- Collaborare all'individuazione, tra le attività della propria Struttura, di quelle più esposte al rischio corruzione;
- Verificare la corretta applicazione delle misure di contrasto previste dalla sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O.;
- Attivare misure che garantiscano la rotazione del personale addetto alle aree di rischio;
- Individuare il personale da inserire nei programmi di formazione;
- Individuare, tra le attività di propria competenza, quelle più esposte al rischio corruzione,
- Applicare le misure di contrasto previste nel piano;
- Adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del codice di comportamento nazionale e aziendale nonché delle prescrizioni contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O., ivi comprese le pubblicazioni nelle sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente" per le parti di competenza;
- Monitorare la gestione dei beni e delle risorse strumentali assegnati ai servizi, nonché vigilare sul loro corretto uso da parte del Personale dipendente.

Preme rilevare altresì che la legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione (cfr anche art. 16, D. Lgs 165/01 e s.m.i.)².

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente documento (cui tutti concorrono con diversi ruoli e gradi di responsabilità) saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del "Responsabile" e dei singoli Dirigenti/Direttori delle Strutture, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggi da effettuarsi secondo le prassi aziendali.

I Dirigenti dell'Amministrazione

La strategia del contrasto ai fenomeni di corruzione prevede il coinvolgimento di tutto il personale dell'Azienda USL Ferrara, ma in modo maggiormente incisivo viene richiesta ai Dirigenti attività di partecipazione al processo di gestione del rischio, dalla collaborazione alla progettazione delle azioni, all'attuazione, al controllo.

La legge n. 190/2012 si integra infatti, in senso organizzativo, con il d.lgs. n. 165/2001 che, all'art. 16 prevede, per i Dirigenti generali, il concorso alla definizione delle misure preventive e al controllo del loro rispetto, nonché informazioni e proposte per le attività più a rischio.

La strategia di prevenzione e contrasto alla corruzione prevede quindi obbligatoriamente il coinvolgimento attivo di tutti i Dirigenti con responsabilità organizzativa sulle varie strutture dell'Ente, i quali pertanto devono garantire:

- Collaborazione attiva e corresponsabilità nella progettazione delle misure di prevenzione del rischio;
- Promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione;
- Informazione sia nei confronti della propria struttura che del Responsabile;
- Attuazione e monitoraggio delle misure individuate per le attività di propria competenza.

Si ricorda inoltre quanto stabilito dall'articolo 43, c. 3, del d.lgs. 33/13 e s.m.i. che recita testualmente: "*i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.*"

È previsto quindi, il massimo coinvolgimento dei Direttori di Struttura ed in tale ottica si confermano in capo alle figure apicali obblighi di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella progettazione, promozione ed adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione.

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dalla presente sezione e delle regole di condotta previste nei Codici di comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda, è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Dirigenti, i Responsabili di Struttura ed i Responsabili del procedimento sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici disciplinari nazionale e aziendale.

I Dirigenti Responsabili di Struttura sono tenuti alla compilazione ed alla pubblicazione del proprio CV tramite la piattaforma GRU-WHR Time: una volta compilati, il sistema li farà confluire nelle specifiche sezioni di "Amministrazione Trasparente".

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CCNLL con riferimento a ciascuna categoria.

L'assolvimento dei compiti di cui sopra costituirà obiettivo di budget per l'intero triennio di vigenza del presente documento.

² Articolo 16 D. Lgs 165/01 "*Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali*" (Art. 16 del D.lgs n. 29 del 1993, come sostituito prima dall'art. 9 del D.lgs n. 546 del 1993 e poi dall'art. 11 del D.lgs n. 80 del 1998 e successivamente modificato dall'art. 4 del D.lgs n. 387 del 1998

I Dipendenti dell'Amministrazione

I Dipendenti Titolari di incarico di funzione sono tenuti alla compilazione ed alla pubblicazione del proprio CV tramite la piattaforma GRU-WHR Time: una volta compilati, il sistema li farà confluire nelle specifiche sezioni di "Amministrazione Trasparente".

Eventuali violazioni alle prescrizioni della presente sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O. da parte dei Dipendenti dell'Amministrazione costituiscono illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012.

Inoltre i Dipendenti:

- Partecipano al processo di gestione del rischio e prestano la loro collaborazione al RPCT;
- Osservano le misure contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O.;
- Segnalano tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al RPCT:
 - Le situazioni di illecito;
 - I casi di personale conflitto di interesse;
 - Le anomalie riscontrate nell'ambito dell'istruttoria o del processo di adozione di un atto.

Il processo di automatizzazione della pubblicazione degli atti ai fini del rispetto degli obblighi di cui al d.lgs. 33/2013 e s.m.i. ha comportato il necessario coinvolgimento attivo di gran parte del personale in tema di trasparenza e anticorruzione e favorito una più diffusa conoscenza e applicazione delle norme in materia.

Come evidenziato anche nei precedenti documenti (PTPCT e Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" e suoi aggiornamenti), è stato notificato a tutti i dipendenti il Codice di comportamento del personale operante nell'Azienda Usl di Ferrara e nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara pubblicato in specifica sezione del portale "Amministrazione Trasparente" dei rispettivi siti istituzionali: il documento di cui trattasi si ritiene parte integrante e sostanziale della presente sezione.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione

Osservano le misure contenute nel presente documento e segnalano le situazioni di illecito.

Le violazioni delle regole di cui alla presente sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O. e dei Codici di comportamento applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda Usl di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara o in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda Usl di Ferrara o all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, anche sotto il profilo reputazionale.

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97 del 25/05/2016.

Il D. Lgs n. 97 del 25 maggio 2016 ad oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", ha previsto, all'art. 10, che ogni amministrazione debba indicare, in un'apposita parte della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O., i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Pertanto, quale allegato al presente documento è presente una tabella, predisposta sulla base della mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione approvata dall'ANAC in allegato alla delibera n. 1310 del 28/12/2016 e successive modificazioni e integrazioni e condivisa dall'OIV/SSR, nella quale sono descritti gli obblighi di pubblicazione e, per ciascuno di essi, la Struttura responsabile che deve provvedere alla pubblicazione.

Il Direttore/Dirigente Responsabile di ciascuna Struttura indicata nella tabella ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati trasmessi: in occasione delle procedure derivate dall'attestazione annuale della trasparenza ai sensi delle delibere ANAC i sopra elencati soggetti

devono prestare la più ampia collaborazione al RPCT al fine di sottoporre all'OAS e successivamente all'OIV/SSR ogni informazione utile al riguardo.

I Collegi Tecnici

I Collegi Tecnici sono gli organismi preposti alla valutazione dei dirigenti. In particolare, essi devono procedere con le scadenze previste dalle norme contrattuali all'accertamento della coerenza tra le competenze e i comportamenti tecnico professionali degli operatori e i ruoli e funzioni ad essi assegnati, secondo le modalità disciplinate dall'Azienda. Le valutazioni espresse dai Collegi Tecnici si basano su apposite proposte valutative di prima istanza presentate dal responsabile di struttura di appartenenza del dirigente, ferma restando l'unitarietà del processo di valutazione che deve concludersi con l'espressione di un giudizio coerente ed univoco.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile: verifica la gestione sotto il profilo della regolarità contabile e finanziaria, vigila sull'osservanza della legge, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili e riferisce in merito alle Istituzioni Locali, verifica gli adempimenti relativi agli obblighi fiscali.

Il Collegio relaziona periodicamente alla Regione e alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sui risultati dei riscontri eseguiti, secondo quanto previsto dalla normativa regionale. I membri del Collegio sono nominati secondo le disposizioni legge.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

Come previsto da una FAQ Anac³ i nominativi degli attuali membri del Collegio Sindacale sono posti in pubblicazione nella sezione "Consulenti e Collaboratori" di "Amministrazione Trasparente" al link <https://at.ausl.fe.it/consulenti-e-collaboratori>

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione, nonché per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori e dura in carica tre anni.

Il Collegio partecipa alla fase di elaborazione del programma aziendale di formazione permanente e di formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione, con riferimento alla funzione di ricerca e sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa, rappresenta il punto di collegamento e di trasferimento all'interno dell'Azienda di innovazioni organizzative e di programmi regionali di formazione orientati sia a coloro che hanno la responsabilità diretta della gestione della tecnologia, sia ai loro principali utilizzatori.

Il Collegio di Direzione propone al Direttore Generale, che lo adotta, il Programma aziendale di gestione del rischio.

La composizione del Collegio è disciplinata dall'atto aziendale approvato, da ultimo, con Delibera del Direttore generale AUSL n. 96 del 27 marzo 2024 e dal Commissario Straordinario AOU n. 82 del 29 marzo 2024.

L'Organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio sanitario regionale

La Regione Emilia Romagna con Legge Regionale 20 dicembre 2013 n. 26, art. 6 "*Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali*" istituisce un Organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio sanitario regionale composto di tre esperti esterni i cui compiti e funzioni sono:

- La valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali;

³ Per i componenti del Collegio sindacale devono essere pubblicati i dati relativi all'art. 15 del d.lgs. n. 33/2013? Sì, in quanto nei loro confronti si configura il conferimento di un incarico di collaborazione e/o di consulenza.

- La promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati nell'ente;
- Il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni e la presentazione alla Giunta regionale e all'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea legislativa, per le rispettive competenze, di una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Le Aziende e gli Enti del SSR garantiscono il collegamento con l'OIV/SSR unico regionale per mezzo dell'Organismo Aziendale di Supporto (O.A.S.) i cui compiti sono:

- Garantire la gestione procedimentale e documentale del processo valutativo;
- Assicurare il supporto alle attività di valutazione interna;
- Assicurare il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione della prestazione, in special modo nei casi di pareri difforni;
- Garantire la gestione procedimentale e documentale del processo di controllo, oltre alle funzioni correlate alle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione al fine di:
 - Assicurare lo svolgimento delle attività relative all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
 - Assicurare la gestione procedimentale e documentale relativa alle competenze in materia di trasparenza e Codice di comportamento.

L'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV degli Enti e delle Aziende del SSR (OAS)

Con delibere n. 207 del 29/10/2020 dell'Azienda Usl di Ferrara e con delibera n. 231 del 28/10/2020 dell'Azienda Osp.ro – Universitaria di Ferrara, le Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie ferraresi in virtù degli obiettivi di mandato della Regione Emilia Romagna tesi alla *“realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione delle due Aziende di livello provinciale”* hanno promosso l'istituzione dell'Organismo Aziendale Comune di Supporto (OAS).

Per mezzo della sottoscrizione di un accordo fra le Aziende sono stati definiti i compiti, la composizione, la durata, la cessazione, la revoca e le modalità di funzionamento dell'OAS comune la cui composizione è la seguente:

Componente	Azienda
Componente Esterno	Designato da AOU di Ferrara
Componente Esterno	Designato da AUSL di Ferrara
Direttore Struttura Controllo di Gestione o dirigente delegato	Designato da AOU di Ferrara
Direttore Struttura Controllo di Gestione o dirigente delegato	Designato da AUSL di Ferrara
Direttore Medico o dirigente delegato	Designato da AOU di Ferrara
Direttore Dipartimento Risorse Umane e Economiche ⁴ o dirigente delegato	Designato da entrambe le Aziende con funzione di Coordinatore
Direttore Professioni infermieristiche o dirigente delegato	Designato da AUSL di Ferrara

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.)

Compiti e funzioni:

- Svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- Cura l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;

⁴ Figura aggiornata alla vigente organizzazione

- Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- Svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale;
- Ai fini di consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale, stabilisce un accordo informativo col RPCT.

Analisi del contesto e la mappatura dei processi

L'Azienda Usl Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara al fine di garantire la migliore qualità della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza", nell'ottica di una visione caratterizzata dalla sempre più rafforzata integrazione delle proprie Strutture, hanno aderito al progetto di "reingegnerizzazione" dei processi a rischio corruttivo condiviso in sede di Tavolo AVEC/Ausl della Romagna realizzato grazie ad un lavoro ampiamente condiviso iniziato dal confronto su materie particolarmente strategiche quali:

- La gestione giuridica del personale, gestione economica del personale, attività libero -professionale;
- La gestione diretta dei sinistri ed incarichi ai legali;
- Area contratti pubblici.

Nel tempo, sono stati organizzati diversi incontri ai quali hanno partecipato funzionari e dirigenti degli uffici competenti delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna di area AVEC e Ausl della Romagna, che hanno collaborato alla definizione della metodologia utilizzata mediante un confronto diretto.

L'analisi dei macroprocessi, avvenuta in maniera analitica e ponderata, si è avvalsa di un metodo partecipativo, attraverso l'integrazione di competenze (conoscenze, capacità e comportamenti) diversificate e provenienti da tutte le aree coinvolte. In particolare, il gruppo di lavoro ha lavorato tramite colloqui e riunioni collegiali (anche da remoto grazie al sistema di videoconferenza).

Tale metodologia ha consentito il raggiungimento di due principali obiettivi ulteriori alla mappatura:

- L'integrazione di linguaggi professionali diversi;
- L'apprendimento organizzativo.

È stato così possibile formalizzare un elenco dei macroprocessi dell'Area di rischio di riferimento unico, utilizzabile come punto di partenza per sviluppare analisi con diverse finalità (gestione del rischio ai fini anticorrittivi, supporto ad interventi organizzativi od al miglioramento ed alla semplificazione di attività e processi).

Il raggruppamento in macroprocessi favorisce inoltre la ricostruzione della catena di processi che, dal punto di vista della prevenzione della corruzione, possono essere interdipendenti.

Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e le attività che li compongono, l'individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo.

Da evidenziare che anche la macrofase di valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- Identificazione;
- Analisi;
- Ponderazione.

La finalità di questa attività è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

L'identificazione del rischio o, meglio, degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo d'individuare quei comportamenti e/o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Amministrazione, nei quali si concretizza il fenomeno corruttivo.

In allegato la mappatura aggiornata di almeno un processo identificato dalle seguenti Strutture:

- Dipartimento ad Attività Integrata Medicina Interna;
- Dipartimento ad Attività Integrata Medicina Specialistica;
- Dipartimento ad Attività Integrata Onco-Ematologia;
- Dipartimento ad Attività Integrata Cardio-Toracovascolare;
- Dipartimento ad Attività Integrata Chirurgico;

- Dipartimento ad Attività Integrata Diagnostica per Immagini e di Laboratorio;
- Dipartimento ad Attività Integrata Emergenza;
- Dipartimento ad Attività Integrata Neuroscienze;
- Dipartimento ad Attività Integrata Cure Primarie;
- Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- Dipartimento Sanità Pubblica;
- Dipartimento Farmaceutico;
- Dipartimento Interistituzionale dello Sviluppo e dei Processi Integrati;
- Dipartimento Staff Direzione Generale;
- Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie Sanitarie;
- Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche;
- DASS;
- Direzione Medica di Presidio.

I contenuti della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O. e la loro applicabilità

Le disposizioni del presente documento si applicano, per quanto compatibili in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Strategica e del Collegio Sindacale, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- a) *Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;*
- b) *Personale Universitario integrato per l'attività assistenziale;*
- c) *Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;*
- d) *Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;*
- e) *Personale assunto con contratto di somministrazione;*
- f) *Borsisti, stagisti e tirocinanti.*

A tal fine, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura dell'UOC Gestione Giuridica Risorse Umane del Dipartimento Risorse Umane ed Economiche, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente documento e dei vigenti Codici di comportamento (nazionale e aziendale) e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione.

Nel contratto di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori, a cura della Struttura competente, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del presente documento e dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda Usl di Ferrara o dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara nonché le eventuali conseguenze negative ed a prevenire la reiterazione delle violazioni del Codice.

La presa visione della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari come sopra rappresentato.

A tal fine, verrà pubblicato un avviso sul sito istituzionale, sulla rete intranet, sulla newsletter aziendale e verrà inviata una e-mail a tutti i dipendenti con dominio @ausl.fe.it e @ospfe.it per informare dell'avvenuto aggiornamento della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O e del relativo obbligo di prenderne visione.

I Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali dovranno altresì provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite e-mail.

Il Direttore dell'UOC Gestione Giuridica Risorse Umane del Dipartimento Risorse Umane ed Economiche, per mezzo degli Uffici preposti, informerà ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione dei contenuti della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O consultando l'apposito sito web istituzionale.

Le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara individuano i seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- Garantire un contesto organizzativo sfavorevole alla corruzione.

La sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O si raccorda necessariamente con i documenti di seguito elencati:

- Il “Codice di Comportamento del personale operante all’interno dell’Azienda Usl di Ferrara” e il “Codice di Comportamento del personale operante all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara” adottati, a seguito della procedura di consultazione pubblica e previo parere favorevole dell’OIV/SSR, rispettivamente con Deliberazione del Direttore Generale n. 16 del 19/01/2024 e del Commissario Straordinario n. 21 del 19/01/2024 (si evidenzia che l’art. 23 del Codice prevede che lo stesso sia parte integrante e sostanziale della sezione in argomento);
- La “Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ai sensi dell’art. 1, comma 14, legge n. 190 del 6 novembre 2012;
- Le delibere del Direttore generale AUSL n. 230 del 27/12/2017 e n. 282 del 29/12/2017 del Direttore Generale AOU entrambe ad oggetto: “Adozione del regolamento ad oggetto “Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico generalizzato” (che supera, per la parte relativa alla gestione ed alla trattazione dell’accesso civico semplice, le precedenti delibere aziendali ad oggetto: “Disposizioni in materia di accesso civico – approvazione del regolamento per la disciplina dell’istituto dell’accesso civico ai sensi dell’art. 5 del D. Lgs 33/2013 e relativa modulistica” che viene di conseguenza cassata);
- La delibera del Direttore generale n. 113 del 23/06/2020: ad oggetto: “Modifica del Regolamento aziendale per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l’esercizio dei diritti dell’interessato rispetto ai dati personali” approvato con atto deliberativo n. 170 del 25/06/2012 ed approvazione del “Regolamento aziendale per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l’esercizio dei diritti dell’interessato rispetto ai dati personali”;
- Le indicazioni del RPCT formalizzate con note protocollate.

In particolare, costituisce presupposto fondamentale della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O, il rispetto, nello svolgimento delle attività istituzionali da parte dei Dipendenti, delle norme di legge e delle disposizioni e procedure interne, nonché il rispetto delle regole comportamentali previste dai Codici di comportamento nazionale e aziendale, che si integrano con quelle del documento in argomento formando un “corpus” di norme interne finalizzate alla diffusione di una cultura improntata a correttezza, lealtà, trasparenza, integrità e legalità.

Il sistema di monitoraggio

La pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni in “Amministrazione Trasparente”

L’attività di monitoraggio, che avviene annualmente con controllo a campione per mezzo di somministrazione di questionari, mira alla verifica della completezza e dell’aggiornamento dei dati, dei documenti e delle informazioni presenti sul sito istituzionale aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”. La pubblicazione – aggiornata e corretta - dei dati e delle informazioni e dei documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente” istituita ai sensi del D. Lgs 33/2013 e s.m.i. costituisce per i Dirigenti, obiettivo di budget.

I monitoraggi semestrali relativi alla verifica dei contenuti e dell’aggiornamento dei dati e delle informazioni presenti nel “Registro degli accessi”

A seguito dell’entrata in produzione del modulo “GIPI” all’interno del sistema di protocollo informatico in uso nell’Ente per consentire la pubblicazione in modalità informatizzata dei dati e delle informazioni nella sezione “Registro degli accessi” l’Ufficio del RPCT ha da sempre offerto assistenza e supporto alle Strutture aziendali interessate agli obblighi di pubblicazione.

L'evoluzione informatizzata del sistema di pubblicazione in argomento, oltre ad offrire maggiori garanzie di sicurezza e controllo, ha consentito all'Ufficio del RPCT di avviare una reportistica dedicata a cadenza semestrale.

Il Coordinamento con gli strumenti di programmazione

La trasparenza amministrativa consiste, nella sua accezione più ampia, nell'assicurare la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo, sia fra questo ultimo ed il mondo esterno. "L'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia e di pubblicità e di trasparenza, secondo le modalità previste dalla Legge nonché dai principi dell'ordinamento comunitario".

La trasparenza costituisce quindi uno dei più efficaci mezzi di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto consente il pieno controllo sociale sull'attività e sulle scelte dell'amministrazione e, in particolare, sull'impiego delle risorse pubbliche.

Nella prospettiva di rinnovamento dei processi della P.A. particolare menzione va posta alla dicotomia tra i concetti di "Trasparenza" e "Digitalizzazione", i quali trovano la loro piena integrazione funzionale nel principale atto normativo di riferimento "Codice dell'Amministrazione digitale" formalizzato con d.lgs. 82/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara garantiscono la qualità delle informazioni pubblicate nei siti istituzionali www.ausl.fe.it e www.ospfe.it nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità: questo anche ai fini delle attestazioni richieste dall'ANAC e delle prescrizioni fornite dall'OIV/SSR.

Tutti i documenti sono pubblicati tempestivamente, mantenuti aggiornati e restano pubblicati per il periodo richiesto dalla normativa e nel rispetto delle indicazioni contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O. aziendale.

Le pagine web delle sezioni di "Amministrazione Trasparente" recano l'indicazione della data certa di pubblicazione/aggiornamento dei documenti: da evidenziare che l'OIV/SSR con nota prot. n. 1158334.U/2024, richiede particolari verifiche sulla presenza della data certa per i documenti pubblicati in:

- Sezione PERFORMANCE – sottosezione "Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Sezione PERFORMANCE – sottosezione "Piani della performance";
- Sezione PERFORMANCE – sottosezione "Relazioni della performance";
- Sezione BILANCI – sottosezione "Bilancio preventivo e consuntivo";
- Sezione CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE – sottosezione "Attestazioni OIV" ;
- Sezione CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE – sottosezione "Verbali collegio sindacale".

Le disposizioni normative confermano obblighi a carico sia dei soggetti tenuti alla trasmissione dei dati che dei soggetti tenuti alla pubblicazione degli stessi e, conseguentemente, prevedono sanzioni nei casi di inadempimento o adempimento parziale.

In particolare, l'art. 43, comma 3, del d.lgs. n. 33 del 2013 novellato stabilisce che "i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

In relazione a detti obblighi, il legislatore ha poi previsto un sistema di controlli per far valere le connesse responsabilità.

Oltre al potere del RPCT di controllo e di segnalazione dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicità (cfr. art. 43, commi 1 e 5, del d.lgs. n. 33 del 2013), è stato rafforzato il potere di controllo dell'ANAC, mediante l'attribuzione di un potere ispettivo nei confronti delle amministrazioni pubbliche.

Inoltre, in particolare l'art. 10, comma 1, del d.lgs. n. 33 del 2013, modificato dall'art. 10 d.lgs. 97 del 2016, per rendere effettivo il sistema dei controlli e delle responsabilità, ha introdotto l'obbligo per ciascuna amministrazione di indicare, nell'apposita sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del P.I.A.O., i

responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati: l'Azienda nel rispetto delle indicazioni di cui sopra ha provveduto con la costruzione di una specifica tabella esplicativa che è possibile visionare all'interno degli aggiornamenti alla sezione in argomento, concertata in ambito regionale con il supporto dell'Organismo Indipendente di valutazione delle Aziende e degli Enti del SSR.

La L.R. 9 del 2017 all'art. 5 introduce norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle Aziende e degli Enti del SSR coerentemente con i principi e le finalità della L.R. n. 18 del 28/10/2016 (T.U. per la Promozione della Legalità e per la Valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili).

L'Azienda garantirà la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, tenendo conto anche dell'approvazione, con DGR n. 1956 del 13/11/2023, dello schema tipo di codice di comportamento del personale operante nelle Aziende del SSR.

Le Aziende, in ossequio ai provvedimenti regionali, hanno adottato il proprio Codice di Comportamento del personale operante nell'Ausl di Ferrara e nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con delibere del Direttore generale n. 16/2024 e del Commissario Straordinario n. 21 del 19/01/2024: il provvedimento è stato adottato successivamente all'osservanza di un periodo di consultazione pubblica garantendo un adeguato coinvolgimento degli stakeholders.

Sono mantenute operative dal Servizio Comune Gestione del Personale, su indicazione del RPCT, le procedure – tramite sistema GRU – per consentire a Dirigenti e Dipendenti dell'Amministrazione di poter assolvere a quanto previsto dal Codice in materia di dichiarazioni con l'obiettivo di acquisire una percentuale di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolte entro la fine del c.a. pari almeno al 90%.

Si evidenzia inoltre che in sede di "Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR", al fine di rendere maggiormente performante il sistema di raccolta delle dichiarazioni è stata promossa l'implementazione di un nuovo applicativo attualmente in fase di studio e definizione.

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	AREA DELLA PERFORMANCE	AREA D'AZIONE PIANO DI MANDATO D.G.	CAPITOLO	OBBIETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	TARGET
Dimensione dei Processi Interni	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza	OBBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI	4.3.4 Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza	Promuovere e sostenere le migliori pratiche per la trasparenza dell'azione amministrativa e delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi, dando altresì applicazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia	% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti nei termini stabiliti dal RPCT	90%

L'Azienda segue le indicazioni dell'OIV-SSR in tema di adempimenti e misure volte a favorire la trasparenza dell'Amministrazione di cui agli scadenziari annuali disposti dall'OIV-SSR e alle Deliberazioni A.N.A.C.

L'Azienda inoltre monitorerà, in particolare, procedure ed attività connesse alle riforme introdotte dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici.

- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);

- Incremento della formazione in materia di prevenzione corruzione e trasparenza sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini promozione del valore pubblico;
- Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- Consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della *performance*;
- Integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- Miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Il trattamento del rischio: le misure generali

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi; viene cioè richiesto alle PPAA di non limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione deve essere realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali quali la distinzione tra misure generali e misure specifiche:

- *Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;*
- *Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.*

Pur traendo origine da presupposti diversi, sono entrambe altrettanto importanti e utili ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione dell'organizzazione.

L'individuazione delle misure avviene con il pieno coinvolgimento della struttura aziendale interessata, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi).

La proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni Direttore che, in quanto competente per il proprio Servizio è a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

A tal fine è sempre stato assicurato all'interno dell'organizzazione il confronto continuo tra RPCT e dirigenti volto a definire soluzioni concrete e praticabili.

Per una puntuale rappresentazione delle misure generali previste nell'Ente si rinvia all'allegato della mappatura dei processi.

La formazione

La Legge n. 190/2012, individua nella formazione del personale uno dei più rilevanti strumenti gestionali di contrasto alla corruzione.

Una formazione adeguata favorisce infatti da un lato una maggior consapevolezza nell'assunzione di decisioni in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in maniera inconsapevole; dall'altro, consente l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree individuate a più elevato rischio di corruzione.

Le attività formative dovranno sviluppare altresì la normativa in materia di trasparenza, del codice disciplinare e di comportamento. I responsabili delle strutture interessate individuano i dipendenti tenuti a partecipare alle iniziative formative e ne danno comunicazione al RPCT.

La partecipazione alle iniziative formative individuate dall'Azienda costituisce, per i dipendenti, obbligo di istituto.

Gli eventi di seguito rendicontati obbediscono pertanto alle sopra citate disposizioni (nazionali e regionali) in materia.

Di seguito viene sinteticamente elencata l'attività formativa:

La Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie AVEC e Ausl della Romagna

Le Aziende Sanitarie ferraresi promuovono annualmente la "Giornata della Trasparenza", di concerto con le Aziende sanitarie appartenenti all'area AVEC e Ausl Romagna.

Ogni anno viene dato spazio ed approfondimento ad una tematica ritenuta particolarmente interessante e degna di approfondimento con la finalità di coinvolgere dipendenti delle Aziende ed i loro Stakeholders: rappresenta quindi un'occasione volta a presentare le iniziative e le attività promosse in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e innovazione, con uno sguardo attento anche alla dimensione

del benessere organizzativo, quale elemento complementare ed essenziale nella promozione dei valori e della cultura della legalità.

La formazione in ambito aziendale

Nelle Aziende Usl e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato avviato, sin dal 2014, un adeguato percorso di formazione sui temi della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza, dell'etica pubblica e del Codice di Comportamento.

È lo stesso legislatore del "Codice" approvato con DPR 62/13 infatti che esige che *"al personale delle pubbliche amministrazioni siano rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti"* (art. 16, co. 5) "ponendo altresì in capo" al RPCT ed ai Presidenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari la cura della conoscenza del contenuto degli stessi "Codici".

Il legislatore intende privilegiare la formazione "in house" e questo si evince dalla lettura del co. 7 del sopra citato art. 16 il quale dispone che *"Dall'attuazione delle disposizioni del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le PP.AA. provvedono agli adempimenti previsti nell'ambito delle risorse umane, finanziarie, e strumentali disponibili a legislazione vigente"*.

Formazione in Area AVEC

I RPCT dell'Azienda Usl di Ferrara e dell'AOU di Ferrara hanno condotto una serie di docenze rivolti a tutti i dipendenti delle Aziende sanitarie di area AVEC dedicati ad approfondimenti in materia di prevenzione della corruzione e del Codice di Comportamento.

L'evento formativo AVEC "Prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" in modalità webinar (FAD sincrona) è organizzato annualmente in n. 3 edizioni da 100 partecipanti.

Adeguamento regionale del Codice di Comportamento del personale operante nelle Aziende del SSR ed azioni conseguenti all'interno delle Aziende Sanitarie Ferraresi

A seguito dell'emanazione del DPR n. 81/2023 recante *"Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 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"*, pubblicato in G.U. n. 150 del 29/06/2023, la Regione Emilia Romagna ha costituito un gruppo di lavoro con il precipuo compito di aggiornare la precedente versione dello schema tipo di Codice approvato con la DGR 96/18, che ha portato all'emanazione della delibera di Giunta Regionale n. 1956 del 13/11/2023 ad oggetto: *"Approvazione nuovo schema tipo del Codice di Comportamento per il personale operante presso le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna"*.

La Direzione generale dell'Azienda Usl di Ferrara ha conseguentemente adottato, su proposta del RPCT, la delibera n. 16 del 19/01/2024 ad oggetto "Approvazione aggiornamento del "Codice di Comportamento del personale operante presso l'Azienda Usl di Ferrara" e relativa "Relazione illustrativa"; analogamente, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha adottato, su proposta del RPCT, la delibera 21 del 19/01/2024 ad oggetto "Approvazione aggiornamento del "Codice di Comportamento del personale operante presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara" e relativa "Relazione illustrativa".

Al fine di presidiare l'obbligo delle comunicazioni previste dal Codice si elencano di seguito i moduli informatizzati resi per mezzo del sistema attualmente in uso nelle Aziende del SSR:

- COMUNICAZIONE INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI – **Modulo 1)** La dichiarazione, resa ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, è rivolta a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti. Il modulo deve essere compilato all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e aggiornato annualmente. N.B. vanno escluse tutte le attività che sono state oggetto di precedente comunicazione o autorizzazione da parte dell'Azienda, anche ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (incarichi extra impiego, attività in convenzione,

- sperimentazione sottoposta a parere del Comitato Etico e autorizzata dal DG, ecc.) D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 4, comma 4; LR 9/2017 art. 5, comma 1 lett. d);
- COMUNICAZIONE INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI – **Modulo 1 bis**) La dichiarazione, resa ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, è rivolta solo al personale della Dirigenza e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti. Il modulo deve essere compilato PRIMA di assumere le funzioni e aggiornato annualmente. D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 12, comma 3 e LR 9/2017;
 - COMUNICAZIONE DELL'ADESIONE O APPARTENENZA AD ASSOCIAZIONE OD ORGANIZZAZIONE – **Modulo 2**) La dichiarazione è rivolta a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti. Il modulo deve essere compilato tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui gli ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonché' quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. In ogni caso, è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attività extra-istituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigente (D.Lgs 165/2001 art. 54 e Codice Comportamento aziendale art. 6, comma 2-3);
 - OBBLIGO DI ASTENSIONE – **Modulo 3**) La dichiarazione è rivolta a TUTTI i destinatari del Codice, riguarda l'obbligo di astensione in presenza di situazioni che possano comportare potenziale conflitto con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione. (D.Lgs 165/2001 art. 54, Codice Comportamento aziendale art. 4, comma 2, 3 e 5);
 - PREVENZIONE CONFLITTI INTERESSI ASSEGNAZIONE PERSONALE – Modulo 4) La dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rivolta a TUTTO il personale dipendente. Il modulo deve essere compilato all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e aggiornato annualmente (LR n.43/2001. Art. 18-bis).

In particolare: la raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti

Con nota della Regione Emilia Romagna prot. 929510/2019 acquisita agli atti del PG con n. 73580 del 23/12/2019 recante "Comunicazioni in merito al deposito della dichiarazione patrimoniale e reddituale da parte del personale dirigente del SSR" alla quale integralmente ci si richiama, viene stabilita la **"sospensione temporanea"** dell'obbligo di deposito ed aggiornamento annuale della dichiarazione patrimoniale e reddituale da parte del personale dirigente del SSR.

Resta fermo l'obbligo di deposito delle dichiarazioni in argomento per i componenti della direzione aziendale secondo le modalità in uso nelle Aziende del SSR.

Trattamento del rischio: previsione delle misure specifiche

Incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali

Il Regolamento relativo alla procedura è stato adottato con delibera del Direttore generale n. 150 del 26/04/2010 è stato successivamente aggiornato alla luce delle disposizioni previste dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 a cura del Servizio Comune Gestione del Personale. Per quanto concerne l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, la disciplina e le procedure sono individuate nel PTPCT 2022-2024 approvato con delibera n. 82 del 29/04/2022, cui si fa rinvio integrale.

I documenti dettano i criteri e le procedure per il rilascio, al personale dipendente, delle autorizzazioni da parte della AUSL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per lo svolgimento di incarichi, non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Per incarichi si intendono le prestazioni professionali, anche occasionali, svolte al di fuori del rapporto di lavoro con l'Azienda e in assenza di vincolo di subordinazione, a favore di amministrazioni pubbliche e di soggetti privati.

I soggetti interessati sono i dipendenti, con qualifica dirigenziale e non, con rapporto di lavoro superiore al 50% (cinquanta per cento) della prestazione lavorativa ordinaria.

È escluso dalle disposizioni del regolamento dell'Azienda USL di Ferrara il personale medico convenzionato per il quale valgono le specifiche disposizioni e convenzionali di settore.

Attività del Personale successiva alla cessazione dal servizio (art. 53, comma 16 ter del D. Lgs 165/2001) – c.d. Pantouflage

La legge n. 190/2012, come è noto, ha introdotto un nuovo comma all'art. 53 del D.lgs 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. La norma si riferisce a quei dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione, i quali non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma prevede dunque un periodo c.d. di 'raffreddamento' (anche in questo caso traduzione del termine inglese *cooling off*) di tre anni dopo la cessazione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione, pena la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti.

Le Aziende Sanitarie ferraresi hanno correttamente presidiato il nuovo istituto introdotto dalla L. 190/12 prevedendo l'inserimento nei contratti di assunzione del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001 (clausola di c.d. pantouflage) di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'ASL nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

L'inserimento della disposizione prevista con il suddetto provvedimento, a cura del Servizio Comune Gestione del Personale ha avuto decorrenza immediata per i nuovi contratti di assunzione e di rinnovo degli incarichi.

Uguale richiamo è previsto nelle dichiarazioni di dimissioni rese dal dipendente ed all'interno della determina di presa d'atto delle dimissioni.

Preme evidenziare al proposito l'atto di segnalazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 6 del 27 maggio 2020⁵ concernente proposte di modifica alla disciplina del pantouflage di cui all'art. 53, comma 16-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche") con il quale l'Autorità stessa per una serie di motivazioni che qui integralmente si danno per acquisite auspica un intervento del legislatore atto a risolvere le criticità evidenziate nell'ambito della propria attività con riferimento alla disciplina del *pantouflage*, così come prevista dall'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001, sottoponendo al suo esame le questioni sopra elencate nell'ottica della leale collaborazione istituzionale.

L'istituto è stato oggetto di particolare approfondimento anche nel PNA 2022 adottato da ANAC con delibera n. 7 del 17/1/2023.

⁵ Nel provvedimento l'Autorità Nazionale Anticorruzione prevede che "Un altro aspetto che merita attenzione nell'ambito di una revisione della disciplina del "pantouflage" è quello relativo alla corretta ripartizione dei poteri di vigilanza, nel senso di poter distinguere tra una vigilanza c.d. "esterna", che può essere attribuita all'Autorità, e una vigilanza c.d. "interna" che, invece, dovrebbe essere affidata al RPCT di ciascuna amministrazione, analogamente a quanto accade per la violazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 39/2013 secondo quanto previsto dagli artt. 15 e 16 del decreto stesso. Inoltre, occorre considerare che la violazione in questione si realizza in un momento successivo alla interruzione del rapporto di pubblico impiego e pertanto, al fine di rendere effettiva la vigilanza delle amministrazioni, risulterebbe necessaria la previsione di uno specifico obbligo di vigilanza sull'amministrazione di appartenenza dell'ex dipendente pubblico, oltre che di un preciso obbligo informativo posto a carico dell'ex dipendente pubblico nei confronti dell'amministrazione di appartenenza in ordine agli incarichi e ai contratti stipulati con soggetti privati nel c.d. "periodo di raffreddamento". Spesso, infatti, le amministrazioni rimangono incerte sulla titolarità del potere di vigilanza sul rispetto della disposizione in questione, così come sulla possibilità e/o necessità di attivarsi per la contestazione della violazione ai soggetti interessati. In questo senso l'Autorità, nel PNA 2019, ha fornito la raccomandazione di inserire nei PTPCT misure volte a prevenire il fenomeno del pantouflage (quali clausole di previsione del divieto negli atti di assunzione; dichiarazione del dipendente al momento della cessazione dal servizio con la quale impegnarsi a non violare il divieto; obblighi dichiarativi a carico dell'operatore economico al momento della partecipazione alle gare), oltre a quella al RPCT di segnalare la violazione del divieto imposto dall'art. 53, comma 16-ter, del Decreto Legislativo n. 165/2001, al vertice dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato che ha conferito l'incarico vietato, non appena ne abbia avuto conoscenza."

Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

La normativa in materia di prevenzione della corruzione ha previsto divieti a svolgere determinate attività avendo riguardo a condizioni soggettive degli interessati. In particolare, le disposizioni attuative del sistema di prevenzione della corruzione sono l'articolo 35 bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012, e l'articolo 3 del d.lgs. 39/2013, attuativo della delega di cui alla stessa legge 190/2012.

Il citato articolo 35-bis stabilisce per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- a) Di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) Di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- c) Di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Ulteriore elemento da tenere in considerazione rispetto all'inconferibilità disciplinata dall'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001 è la sua durata illimitata, ciò in ragione della loro natura di misure di natura preventiva e della lettura in combinato degli artt. 25, co. 2, Cost. e 2, co. 1, c.p.

La gestione del decesso in ambito intraospedaliero e le indicazioni della direttiva della Regione Emilia Romagna approvata con la DGR n. 1678 del 14/10/2019

Premesso che tale ambito di attività all'interno dell'Azienda USL di Ferrara è sempre stata adeguatamente presidiata anche in virtù dei sottoelencati Regolamenti adottati con provvedimenti:

- Deliberazione del Direttore Generale n° 324 del 20/10/2006 ad oggetto "Approvazione Regolamento per l'accesso alle camere mortuarie del Presidio Unico Ospedaliero" con la quale sono stati attivati percorsi allo scopo di rendere omogenee le modalità e le procedure di accesso alle camere mortuarie della macrostruttura adattandole alle sue diverse articolazioni organizzative;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 31/05/2013 ad oggetto "Approvazione Modifica/Integrazione Regolamento per l'accesso alle camere mortuarie dell'AUSL di Ferrara" il Regolamento in parola è stato modificato ed integrato in conformità alla procedura "La Gestione della Medicina Necroscopica Ospedaliera";
- Determinazione del Direttore Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera n. 1304 del 28/11/2016 ad oggetto "Approvazione modifica/integrazione "Regolamento per l'accesso alle camere mortuarie" dell'Ausl di Ferrara" il Regolamento in parola è stato ulteriormente modificato a seguito delle variazioni organizzative aziendali intervenute con l'attivazione delle Case della Salute e Ospedali di Comunità e della Determina ANAC n. 12 del 28/10/2015;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 25/02/2021 ad oggetto "Approvazione Modifica Regolamento per l'accesso alle camere mortuarie dell'AUSL di Ferrara";

Preme evidenziare che, con nota PG 65566 del 18/11/2019, il Direttore del Dipartimento Direzione Ass. Osp.ra ha rappresentato le azioni assicurate dall'Ente nell'anno 2019 in merito alla gestione del decesso nell'Azienda USL di Ferrara in ambito ospedaliero e in ambito territoriale.

Dalla sopra citata nota si evince pertanto che:

- Sono state effettuate delle verifiche sulle azioni relative alla gestione dei decessi presso gli Ospedali di Argenta, Lagosanto e presso la Casa della Salute di Comacchio;
- In data 19/04/2019 è stata aggiornata la procedura "La gestione della Medicina Necroscopica Ospedaliera" che ha introdotto e reso obbligatoria la compilazione del modulo "Informazioni per i familiari in caso di decesso di congiunti ricoverati";
- Presso i tre Ospedali di Argenta Lagosanto Cento vengono effettuati controlli relativamente alla compilazione del predetto stampato con segnalazione al Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera locale per i provvedimenti di competenza in caso di inadempienza da parte delle Unità Operative;

- A tutte le Ditte di Onoranze funebri sono stati richiesti, al fine di una attenta verifica, i seguenti documenti, che sono stati regolarmente prodotti e verificati:
 - o 1) Copia aggiornata della visura camerale;
 - o 2) Autorizzazione comunale all'esercizio dell'attività funebre;
 - o 3) Estremi polizza responsabilità civile.
- Sulla base della sopra citata documentazione, ormai come prassi consolidata da anni, è stato predisposto un Elenco aggiornato di tutte le Ditte di Onoranze Funebri operanti in Provincia di Ferrara che viene distribuito ai familiari dei pazienti deceduti. È in corso da parte dell'URP aziendale la predisposizione di un depliant (formato A4, pieghevole) che andrà a sostituire l'elenco suddetto;
- In data 15/10/2019 è stata pubblicata su DocWeb la Procedura "La Gestione della Medicina Necroscopica Territoriale" che regola la gestione dei decessi avvenuti sul territorio.

Con nota prot. 2019/918683 del 18/12/2019 (formalmente acquisita agli atti del PG con n. 72915 del 19/12/2019) ad oggetto: *"Approvazione direttiva della GR in materia funebre – riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate"*, la Regione Emilia Romagna ha provveduto a trasmettere formalmente ai Sindaci dei Comuni della Regione Emilia Romagna, alle Direzioni generali delle Aziende sanitarie ed alle Associazioni di imprese funebri copia della DGR n. 1678 del 14/10/2019 ad oggetto: *"Approvazione Direttiva della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A) della L.R. 29 luglio 2004, n. 19 in materia di riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate"* che si pone il fine di regolamentare l'esercizio dell'attività funebre riordinando la materia e definendo requisiti e parametri certi di personale e di mezzi di cui le imprese funebri debbono disporre e potenzia altresì le misure di prevenzione e di contrasto degli eventi corruttivi in tale ambito.

La DGR introduce altresì l'obbligo di accreditamento delle stesse imprese funebri che intendono operare in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, attraverso la registrazione in un apposito portale regionale prevedendo inoltre le fasi di adempimento all'obbligo da parte delle stesse.

Tale procedura è volta a rafforzare il contrasto alla corruzione attraverso l'identificazione tracciabile di operatori ed imprese funebri che accedono alle camere mortuarie delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate per eseguire le funzioni di loro competenza.

La Regione Emilia-Romagna ha provveduto all'implementazione di un portale unico regionale per la procedura di accreditamento delle imprese funebri, per le relative attività in carico alle aziende sanitarie e per la ricerca da parte dei cittadini dell'impresa funebre validate.

La piattaforma è disponibile nella sezione del portale regionale "SalutER" <http://salute.regione.emiliaromagna.it> dal 20 gennaio 2020.

La stessa DGR stabilisce inoltre che le imprese di onoranze funebri e le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e le strutture socio sanitarie a carattere residenziale accreditate dalla Regione Emilia-Romagna si conformino agli indirizzi ed alle indicazioni delle direttive, entro sei mesi dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna prevista per il 27/12/2019.

Nell'anno 2020 si sono tenuti degli incontri fra le Direzioni Mediche e Infermieristiche Ospedaliere e il Servizio Comune Tecnico e Patrimonio finalizzate all'attuazione delle misure previste dalla citata normativa regionale.

Con nota del 19/01/2022 (PG 3989/22), la Regione Emilia-Romagna ha comunicato l'operatività del Portale CAMER, semplificato nelle procedure, e che tiene conto delle osservazioni che sono state formulate in incontri tenuti con le Associazioni di Imprese funebri che, a loro volta, hanno formulato proprie osservazioni. In ragione della complessità e delicatezza della materia, è stabilito che le imprese funebri che intendono svolgere attività attinenti al funerale nell'ambito delle camere mortuarie e nei locali annessi delle strutture di ricovero e cura pubbliche e delle strutture socio-sanitarie a carattere residenziale pubbliche, devono accreditarsi, ai fini dell'accesso, entro sei mesi dalla data di adozione del provvedimento amministrativo, attraverso l'inserimento dei dati indicati nell'apposita piattaforma informatica al fine di assicurare la massima trasparenza del loro operato.

Successivamente, con l'adozione della DGR n. 172 del 14/02/2022 ad oggetto "Approvazione direttiva della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 2., co. 1, lett. a) della L.R. n. 19 del 29/07/2004, in materia di riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture di ricovero e cura pubblica e nelle strutture socio-sanitarie a carattere residenziale pubbliche - Sostituzione DGR n. 1678 del 14/10/2019", la Regione Emilia Romagna ha provveduto a potenziare le misure di prevenzione e di contrasto agli eventi corruttivi in ambito funebre nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e nelle strutture socio-sanitarie a carattere residenziale pubbliche, prevedendo:

- L'introduzione di una procedura diretta all'accreditamento delle imprese di onoranze funebri che accedono ai locali delle camere mortuarie ed ai locali annessi delle strutture pubbliche;
- La valutazione e qualificazione delle procedure attualmente adottate in ambito funerario dalle medesime strutture, al fine di favorire l'adozione di modalità operative uniformi per la gestione dei decessi, dirette ad assicurare la conformità alle norme e alle indicazioni regionali.

Con il sopra citato provvedimento la Regione Emilia Romagna ha provveduto dunque, oltre al potenziamento delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione, ad assicurare ai fruitori dei servizi funebri la libera scelta dell'impresa di onoranze funebri, quale elemento strategico per una scelta razionale dell'impresa e per la riduzione dei fenomeni corruttivi prevedendo inoltre che le imprese funebri, in possesso dei requisiti specifici richiesti per esercitare l'attività funebre, debbano provvedere ad accreditarsi ai fini dell'accesso attraverso l'inserimento dei dati indicati nell'apposita piattaforma informatica accessibile dal portale CAMER di Emilia-Romagna Salute.

Alla luce delle suddette disposizioni, è stata approvata la delibera del Direttore Generale n. 238 del 04/08/2023 ad oggetto "Approvazione aggiornamento/modifica "Regolamento per l'accesso alle camere mortuarie come da delibera Regione Emilia-Romagna n. 172 del 14/02/2022", provvedendo in tal modo al pieno recepimento delle disposizioni della più volte citata DGR.

Il controllo e la prevenzione del rischio

I Responsabili delle Strutture aziendali concorrono con il "RPCT":

- Alla verifica dell'attuazione della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" e della sua idoneità;
- Alla proposta di modifiche ed integrazioni della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività delle Aziende Sanitarie ferraresi o altri eventi significativi in tal senso anche ampliando o proponendo nuovi processi utili alla mappatura;
- Alla verifica dell'effettiva rotazione dei funzionari ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale;
- All'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- All'individuazione e applicazione di meccanismi di adozione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- All'individuazione e alla formazione dei dipendenti che sono maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- Al monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- Ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- A provvedere affinché l'organizzazione della struttura sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per ogni singolo procedimento.

I Responsabili delle Strutture aziendali provvedono in particolare a:

- Monitorare il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- Monitorare i rapporti fra le Aziende Sanitarie ferraresi e i soggetti che forniscono lavori, servizi, forniture o sono destinatari di provvedimenti autorizzativi o concessori o ricevono contributi, sussidi o altri vantaggi economici;
- Vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti come previsto dalle disposizioni del vigente Codice di Comportamento aziendale;

- Al rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza.

I Responsabili delle Strutture aziendali – per gli ambiti di competenza - provvedono inoltre:

- All'attivazione effettiva della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, di cui al comma 51 della legge n. 190, con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;

- All'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza";

- All'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (di cui ai commi 49 e 50 della legge n. 190), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'articolo 53 del d. lgs. n. 165 del 2001);

- All'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della legge n. 190/12.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione il "Responsabile" in qualsiasi momento può richiedere ai Direttori/Dirigenti cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e / o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il "RPCT" potrà in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili.

La rotazione degli incarichi

Particolare rilievo assume l'applicazione del principio di rotazione del personale dirigente addetto alle aree a rischio. La "ratio" del disposto normativo ad oggi emanato è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con gli stessi utenti.

Con legge regionale della Regione Emilia Romagna n. 9/2017 ad oggetto: "*Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera "Arcispedale S. Maria Nuova". Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*" al capo III "Altre misure di adeguamento in materia sanitaria", art. 5, co. 1 lett. b) è prevista "la programmazione, nell'ambito dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione, di obbligatorie misure di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali, secondo criteri definiti in coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano nazionale anticorruzione; solo nei casi, adeguatamente motivati, in cui la rotazione non sia possibile, devono essere programmate misure alternative di prevenzione della corruzione con effetti analoghi".

L'Azienda USL e AOU di Ferrara, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione del personale prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure:

- Dei responsabili di procedimento;
- Dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

L'attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL.

È stata assicurata nelle strutture comuni/interaziendali una rotazione di personale AOU che svolge funzioni anche per l'AUSL e viceversa.

I Responsabili di struttura procederanno comunque alla rotazione ed allo spostamento ad altro incarico dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

È proseguita anche per il corrente anno 2025 la rotazione dei professionisti afferenti all'U.O.C. "Igiene degli alimenti di origine animale" afferente al Dipartimento Sanità Pubblica.

Come rappresentato nella relazione del Direttore della sopra citata U.O.C. acquisita agli atti dell'Ufficio del RPCT con nota PG n. 37163 del 10/06/2025 recante: "Organizzazione del Personale Veterinario, rotazione degli incarichi sugli stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti di origine animale anno 2025" viene specificato che *"In riferimento alle misure anti-corruttive messe in atto dall'U.O.C. Igiene Alimenti di Origine Animale, nell'ambito del "Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza", la rotazione dei Veterinari ufficiali negli stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) n. 853/2004 applica la regola della sostituzione dei Veterinari ufficiali degli stabilimenti ogni 5 anni, pari ad almeno il 20% delle rotazioni all'anno. Per il 2025, anche a causa della riduzione e mancato turn-over del Personale, si sono effettuate n. 28 riassegnazioni o nuove assegnazioni di stabilimenti, su un totale di 66 strutture, pari al 42%.*

Con note PG 9130 del 13/02/2020 a firma del RPCT dell'AUSL di Ferrara e PG 9155 del 13/02/2020 a firma del RPCT dell'AOU di Ferrara è stata inviata al Direttore del Servizio Comune Gestione del Personale una proposta di regolamento contenente criteri e principi per la rotazione del personale per eventualmente integrarlo con le osservazioni ritenute utili avviando altresì il percorso di informazione con le OO.SS.

La rotazione straordinaria

Il nostro ordinamento ha predisposto, con ritmo crescente, tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti.

L'istituto della rotazione straordinaria previsto dall'articolo 16, comma 1, lett. I-quater, del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 si sostanzia nell'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

I Responsabili di struttura devono quindi procedere alla rotazione ed allo spostamento ad altro incarico dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

Si ritengono applicabili, per le parti di attinenza, le "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera I quater, del d.lgs. n. 165 del 2001", adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 215 del 26 marzo 2019 che qui si intende integralmente richiamata.

La Regione Emilia Romagna con nota acquisita agli atti delle Aziende Sanitarie pone all'attenzione delle Aziende del SSR la Raccomandazione del Presidente dell'ANAC del 21 ottobre 2021 in merito alla "Misura della rotazione del personale nelle Aziende Sanitarie". Nella raccomandazione si ribadisce che tale misura non deve assumere carattere emergenziale ma deve essere utilizzata come strumento ordinario di organizzazione ed impiego ottimale delle risorse umane per evitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo e funzione.

Il tema centrale contenuto della Raccomandazione in argomento si concentra sul fatto che "Il PNA individua la rotazione del personale come misura fondamentale di prevenzione della corruzione ed infatti l'Autorità ha chiarito che pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema delle aziende sanitarie e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. Pur nella necessità di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse".

Misure volte ad attuare le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

In data 29/12/2014, l'A.N.A.C. ha reso disponibile sul proprio sito istituzionale la propria delibera n. 149 del 22/12/2014 ad oggetto: "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" la quale dispone che "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Le dichiarazioni sono state acquisite per i Direttori sopracitati e pubblicate nella sezione "Incarichi amministrativi di vertice".

Per la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni del Direttore generale provvede la Regione Emilia Romagna mentre, per la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni del Direttore sanitario ed il Direttore Amministrativo, provvede l'Azienda.

Con successiva nota acquisita agli atti del PG AUSL con n. 53203 del 28/09/2020 e del PG AOU con n. 26143 del 25/09/2020 ad oggetto "Precisazioni in merito al controllo sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà ex art 71 DPR 445/2000 è stato precisato che *"riguardo alle modalità operative con cui effettuare i controlli, in particolare per quanto attiene la verifica che il soggetto nominato Direttore Generale o Commissario Straordinario dell'Azienda non abbia avuto la titolarità di incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale, si precisa che la richiesta è relativa alla titolarità, negli ultimi due anni, della carica di presidente con deleghe gestionali dirette o di amministratore delegato nei precitati enti che abbiano forma societaria. A tal fine il controllo può essere effettuato attraverso banche dati che permettano - tramite il nominativo o il codice fiscale - di avere l'elenco delle eventuali cariche facenti capo al soggetto (es. INFOCAMERE o Telemaco). Nel caso in cui risulti una carica in un ente, occorrerà verificare se l'Azienda che sta effettuando il controllo regoli o finanzia l'ente stesso. Si precisa che, tenendo conto del D. Lgs. 39/2013, gli «enti di diritto privato regolati o finanziati» sono quelli nei cui confronti codesta azienda:*

- 1) *Svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;*
- 2) *Abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;*
- 3) *Finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici".*

In tal senso si è proceduto e tale modalità operativa è stata utilizzata anche per effettuare i controlli sulle dichiarazioni rese dal Direttore Amministrativo e Sanitario.

A seguito della ricezione della nota dell'OIV/SSR acquisita agli atti del PG AUSL con n. 5378 del 27/01/2025 e del PG AOU con n. 2207 del 28/01/2025, l'Azienda Usl e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara hanno provveduto alla raccolta/pubblicazione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013 della dirigenza PTA ed al conseguente adeguamento del sito web istituzionale. Allo scopo è stata quindi creata una nuova sottosezione all'interno della sezione di I livello "Personale" contenente le dichiarazioni in argomento dei Dirigenti interessati.

Inoltre, con nota PG 31540 del 16/05/2025 a firma del RPCT, al fine di garantire la piena attuazione degli obblighi normativi, è stato richiesto al Direttore del Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche di provvedere, all'atto di conferimento dell'incarico gestionale al dirigente PTA, di acquisire dallo stesso professionista detta dichiarazione in formato aperto che dovrà essere pubblicata nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", dando altresì comunicazione dell'avvenuto adempimento all'Ufficio del RPCT.

La tutela del dipendente che segnala illeciti

L'Azienda USL ha adottato fin dall'anno 2014 un "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente e relative forme di tutela" con delibera del Direttore generale n. 138 del 12/05/2014.

Con legge n. **179 del 30/11/2017** “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato” pubblicato in G.U. in data 14/12/2017 e vigente dal 29/12/2017, è stata disciplinata la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità (i cosiddetti “whistleblower”), prevedendo fra l'altro, all'articolo 1, con la sostituzione dell'articolo 54-bis del D. Lgs 30 marzo 2001, n. 165, che il dipendente pubblico che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito. Sempre nello stesso articolo 1) è precisato che in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro. Sarà onere del datore di lavoro dimostrare l'eventuale adozione di provvedimenti nei confronti del dipendente “segnalante” motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

In occasione della reingegnerizzazione della pagina web “Amministrazione Trasparente” è stata attivata sul sito web aziendale una pagina che prevede la compilazione *on line* di un modulo di segnalazione attraverso misure di riservatezza a tutela del soggetto che effettua la segnalazione e che è in grado di assicurare l'anonimato del denunciante.

Dall' 8 febbraio 2018 è altresì operativa la piattaforma Whistleblower dell'ANAC, l'applicazione informatica Whistleblower per l'acquisizione e la gestione, nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente, delle segnalazioni di illeciti come definiti dalla nuova versione dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 – Testo Unico del Pubblico Impiego.

ANAC ha indicato che la piattaforma dovrebbe essere ridistribuita a tutti gli enti pubblici italiani per consentire la conformità alla Legge 179/2017 e in linea con il recente impegno strategico del Paese per l'adozione di software open-source nei servizi di interesse amministrativo.

A decorrere dalla data del 12 novembre 2021 il sistema è stato aggiornato con una nuova piattaforma dedicata alle segnalazioni (soluzione Globalleaks in opensource)⁶.

Con nota PG 73903 del 12/11/2021 ad oggetto: “Comunicazione attivazione nuova procedura informatizzata per le segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti e la tutela del segnalante - c.d. “whistleblowing”” a firma del RPCT è stato reso noto a tutto il personale dipendente tale aggiornamento con il passaggio a nuova piattaforma e superamento della precedente garantendo peraltro la piena coerenza con la Delibera A.N.AC. n. 469 del 9 giugno 2021, che reca le nuove “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54, del decreto legislativo n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)” che prevedono, tra l'altro, la gestione di tali segnalazioni con modalità anche informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

Il modulo di segnalazione è raggiungibile al seguente: <https://whistleblowing.ausl.fe.it/#/>

⁶ L'applicativo e la documentazione di installazione sono disponibili sul repository Github dell'ANAC, <https://github.com/anticorruzione/openwhistleblowing>. La distribuzione del software è regolata dalla Licenza Pubblica dell'Unione Europea (EUPL v. 1.2 <https://eupl.eu/1.2/it/>), che ne consente il libero uso a qualunque soggetto interessato senza ulteriore autorizzazione da parte di ANAC, come da Comunicato del Presidente ANAC del 15 gennaio 2019.

SEZIONE TRASPARENZA

L'Azienda attua le disposizioni previste dal Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" quale presupposto per l'affermazione di un modello di amministrazione aperta.

In particolare, L'Azienda si fa garante del diritto della collettività di essere informata sulle decisioni, di criticarle, di ricevere delle risposte; del diritto a poter accedere alle informazioni riguardanti ogni aspetto dell'organizzazione, in maniera chiara e trasparente.

L'Azienda rende altresì semplici, disponibili e accessibili le informazioni necessarie agli interessati per scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni sanitarie, attraverso lo sviluppo dell'health literacy (alfabetizzazione sanitaria) quale strategia di progressivo e consapevole accrescimento delle capacità degli individui di trovare informazioni, comprenderle e utilizzarle per operare delle scelte che hanno effetto sullo stato di salute, quindi quale e strumento di promozione della salute.⁷

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario delle Aziende sanitarie ferraresi: intesa come "uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa", costituisce livello essenziale delle prestazioni" (art. 117, c. 2, lett. m della Costituzione).

Allo scopo di rendere la trasparenza non un adempimento formale, ma piuttosto uno strumento di miglioramento organizzativo, di conoscenza e di sostegno ai cittadini, risulta fondamentale assicurare che le informazioni riportate su "Amministrazione Trasparente" si attengano ai principi elencati nell'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e, in particolare assicurare:

- Il costante aggiornamento;
- La completezza;
- La tempestività;
- La semplicità di consultazione;
- La comprensibilità;
- L'omogeneità;
- La facile accessibilità dei dati pubblicati.

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

Di tutte le modifiche strutturali e informatiche viene puntualmente data informazione alle Strutture interessate ed alla rete dei Referenti, degli Editor e dei Validatori della notizia interessati per gli ambiti di competenza provvedendo altresì alla puntuale pubblicazione di informazione e manualistica anche attraverso la rete INTRANET nella sezione allo scopo implementata e denominata "Le pagine della Trasparenza".

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

La sezione della trasparenza comprende i seguenti elementi essenziali:

- Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, definiti dalla Direzione Generale coincidenti con l'obbligo di assolvimento di quanto previsto dalla legge;
- La programmazione della trasparenza attraverso la puntuale identificazione delle Strutture (e dei relativi Direttori/Dirigenti) a cui compete la responsabilità relativa alla gestione dei documenti obbligatori da pubblicarsi su "Amministrazione Trasparente";
- L'organizzazione dei flussi informativi;
- Il collegamento con la performance;

⁷ Tratto dall'"Atto aziendale dell'Azienda UsI di Ferrara" approvato con delibera del Direttore Generale n. 96 del 27/03/2024

- Le misure generali di trasparenza.

È assicurato da parte del RPCT un lavoro di stimolo, verifica ed impulso per presidiare il rispetto dei tempi di pubblicazione anche per mezzo di corsi di formazione specifici.

Il concetto di trasparenza nel PNA 2022

Il PNA 2022 dedica particolare attenzione al concetto di trasparenza prevedendo azioni a carico del RPCT circa il monitoraggio, azioni poste in essere già da tempo dalle Aziende Sanitarie ferraresi.

La trasparenza è oggi intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”* e quale elemento di garanzia per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una democrazia evoluta: in tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato laddove ha ritenuto che *“la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa”*. (Cons. Stato., Sez. consultiva per gli atti normativi, 24 febbraio 2016, n. 515, parere reso sullo schema di decreto n. 97/2016.).

Di grande interesse è inoltre il sempre attuale rapporto fra trasparenza e tutela dei dati personali: come evidenziato anche dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 20/2019, occorre operare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle PP.AA.

In tal senso l'ANAC ribadisce alle pubbliche amministrazioni di verificare attentamente la qualità dei dati contenenti dati personali prima di porli in pubblicazione sul web e di rispettare tutte le cautele del caso: l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di:

- Liceità, correttezza e trasparenza;
- Minimizzazione dei dati;
- Esattezza;
- Limitazione della conservazione;
- Integrità e riservatezza;

tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.

In questa sezione e nell'allegata griglia, vengono altresì specificati i tempi di pubblicazione stabiliti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (annuali, semestrali, trimestrali o tempestivi), i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato, nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

Inoltre, nelle sezioni in cui non vengono fatte pubblicazioni per assenza di dati o per mancata attinenza con la natura dell'Ente, viene richiesto di inserire una specifica dichiarazione in merito: le Aziende Sanitarie ferraresi sono in linea con tale indicazione.

Particolare attenzione è richiesta a tutti su seguenti 2 aspetti:

- *I file in pubblicazione non devono contenere dati personali ed altri dati considerati dalla normativa vigente in tema di privacy (rischio sanzioni da parte del Garante e responsabilità connesse);*
- *Il formato dei file da pubblicare deve essere “aperto” e riutilizzabile (le Strutture interessate ad assolvere gli obblighi di pubblicazione hanno il mandato di non procedere alle pubblicazioni di file non in formato aperto).*

I compiti del Responsabile del procedimento

Allo scopo di garantire il più efficace svolgimento degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione obbligatoria di dati e informazioni previsti dal legislatore, si ritiene opportuno precisare che le pubblicazioni di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. costituiscono parte del procedimento amministrativo e rientrano tra i compiti dei singoli responsabili di procedimento.

Al riguardo si rileva che l'art 6 della L. n. 241/90 e s.m.i., al comma 1 lett. d) prevede fra i compiti del Responsabile del Procedimento il seguente adempimento: *“cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste da leggi e dai regolamenti”*.

Considerata l'ampiezza e la delicatezza delle attribuzioni anzidette si richiama l'attenzione dei singoli Responsabili di procedimento sul rispetto dei tempi e sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza atteso che l'attuazione di detti obblighi costituisce un obiettivo trasversale comune a tutte le Strutture aziendali, rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni dei Direttori/Dirigenti e della performance individuale del dirigente e del responsabile di procedimento stesso.

Per quanto riguarda gli oneri di pubblicazione ed alle relative competenze/responsabilità si rimanda alla griglia elaborata sulla base dell'allegato tecnico alla delibera n. 1310/2016 dell'ANAC e s.m.i..

I dati e le informazioni pubblicati: metodologie e procedure

I dati e le informazioni pubblicati sui siti istituzionali www.ausl.fe.it e www.ospfe.it vengono selezionati e verificati dai Direttori Responsabili della pubblicazione (come indicati nell'allegata griglia) in ossequio alle prescrizioni di legge vigenti in materia di trasparenza e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle Pubbliche Amministrazioni.

La pubblicazione on line delle informazioni sarà effettuata in coerenza con quanto previsto dalle “Linee Guida Siti Web” (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla Delibera n. 8 del 2009⁸ del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione e della Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale (ex DigitPA) relativa agli obblighi di accessibilità per le Pubbliche Amministrazioni, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- Aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- Accessibilità e usabilità;
- Formati aperti (pdf, odt, etc..);
- Contenuti aperti.

Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la P.A., nonché una gestione della *“res publica”* che consenta un miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi all'utenza.

Tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno dei dati di contesto, ovvero:

- L'autore;
- La data periodo di aggiornamento o validità della notizia o del dato pubblicato;
- L'oggetto;

al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

Ogni pubblicazione sarà realizzata in modo da rendere evidente la data di ultimo aggiornamento, anche in caso di utilizzo di porzioni di documenti pubblicati.

Pertanto, i Direttori Responsabili della pubblicazione dei dati di propria pertinenza, in qualità di “Fonte” si occuperanno autonomamente della manutenzione delle pagine web all'interno del sito, previa definizione da parte del RPCT di specifici “form” di visualizzazione delle informazioni inserite.

I Direttori Responsabili delle pubblicazioni, hanno ricevuto specifiche userid e password per accedere alle sezioni di competenza e procedere autonomamente alla pubblicazione e potranno delegare propri collaboratori (“Editor” e “Validatori della notizia”) per procedere alle pubblicazioni nelle sezioni di competenza come rappresentate nell'Allegato A), tenendo conto delle indicazioni contenute nella deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali del 15 maggio 2014 – pubblicata in GU n. 134 del 12.6.2014 – ad oggetto *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”* che ha statuito e ribadito che i principi e la disciplina di protezione dei dati personali devono essere osservati anche nell'attività di pubblicazione di dati sul web per finalità di trasparenza.

⁸ Direttiva del Ministro per la P.A. e l'Innovazione per la riduzione dei siti web delle PP.AA. e per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on line al cittadino

Le Strutture aziendali a stabile presidio dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza

L'allegata tabella relativa alla "griglia delle responsabilità" posta in capo alle Strutture aziendali di cui alla determinazione n. 1310 del 28/12/2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ad oggetto: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016" e s.m.i. è strutturato nel seguente modo:

- Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) = secondo indicazioni ANAC;
- Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) = secondo indicazioni ANAC;
- Riferimento normativo = secondo indicazioni ANAC;
- Denominazione del singolo obbligo = secondo indicazioni ANAC;
- Contenuti dell'obbligo = secondo indicazioni ANAC;
- Aggiornamento = secondo indicazioni ANAC;
- Termini di effettivo aggiornamento = termini di pubblicazione da osservare da parte delle Strutture aziendali interessate;
- Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione = individuazione/denominazione delle Strutture aziendali interessate all'aggiornamento ed alla manutenzione dei dati, dei documenti e delle informazioni. Il Direttore apicale della Struttura ivi descritta è il responsabile della corretta pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni, della loro veridicità e del loro aggiornamento per la sezione di competenza. Per tale attività il Direttore si può avvalere della rete di propri "Editor" e "Validatori della notizia" da Lui stesso individuati;
- Monitoraggio, tempistiche e responsabile = sono indicati le tempistiche di monitoraggio a carico del RPCT a cadenza annuale che coincide principalmente con il monitoraggio di cui agli obblighi individuati dall'ANAC che dovranno essere oggetto di attestazione da parte dell'OIV/SSR;
- Note = note esplicative;
- Rif. art. 9 bis - Allegato B D.Lgs.33/2013 = riferimenti alle sezioni che saranno interessate dalle semplificazioni di cui all'art. 9 bis del D. Lgs 33/2013 e s.m.i..

Laddove nella colonna "Strutture responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione" venga riportato "Strutture aziendali interessate" si deve intendere che sono potenzialmente interessate ad assolvere e garantire gli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni e dei documenti previsti dalla legge tutte le Strutture presenti nell'Ente ed i Responsabili delle pubblicazioni sono individuati nelle figure dei Direttori apicali.

Il diritto di accesso

Accesso documentale

L'accesso documentale è disciplinato in AOU dalla delibera n. 204 del 13/07/2010, armonizzato con il regolamento per l'accesso alla documentazione sanitaria con delibera 226 del 22/12/2011.

Quanto ad AUSL, con delibera del Direttore Generale n. 113 del 23/05/2020 è stato adottato il "*Regolamento aziendale per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dei diritti dell'interessato rispetto ai dati personali*". Tale istituto era precedentemente disciplinato dal "*Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio e casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi ed ai documenti contenenti dati personali e/o sensibili*", adottato con delibera D.G. n. 170 del 25/06/2012.

La necessità di provvedere all'aggiornamento è stata determinata dalle nuove disposizioni introdotte dal D. Lgs. n. 196/03 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", come aggiornato dal c.d. Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (R.G.P.D.), Reg. UE 2016/679, il quale negli articoli da 15 a 22, in particolare, attribuisce all'interessato il diritto di ottenere l'accesso, il trattamento, la rettifica, la portabilità e la cancellazione dei dati, nonché il diritto di opporsi al trattamento o di chiederne la limitazione.

Tali diritti sono strettamente connessi con il diritto all'accesso ai documenti amministrativi, in ragione del trattamento dei dati che può avvenire in occasione dell'accesso. Per questo motivo, il Regolamento aziendale è stato condiviso con il Data Protection Officer aziendale anche al fine di assicurare una visione

organica e coordinata fra la disciplina tra i diversi istituti coinvolti (accesso documentale e disposizioni in materia di riservatezza).

Accesso civico semplice e generalizzato

In merito al sistema degli accessi civici molto è stato descritto negli aggiornamenti dei precedenti Piani Triennali rappresentando il percorso seguito dall'Ente fin dall'ingresso degli istituti nel diritto positivo. Si ricordano di seguito le definizioni:

- **Accesso civico semplice** = sancisce il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le Pubbliche Amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale;
- **Accesso civico generalizzato** = può essere esercitato da chiunque e senza alcuna motivazione, comporta il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti, detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis dello stesso D. Lgs 33/2013 e s.m.i..

L'Azienda UsI di Ferrara si è dotata di un regolamento adottato con delibera del Direttore generale n. 230 del 27/12/2017 ad oggetto: "Adozione del regolamento ad oggetto "Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico semplice e generalizzato"⁹ qui integralmente richiamato.

Il provvedimento è stato posto in pubblicazione in una apposita sezione del portale "Amministrazione Trasparente", sezione "Dati ulteriori" alla voce "accesso civico".

Analogamente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è dotata del Regolamento ad oggetto "Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico semplice e generalizzato" con delibera del Direttore Generale n. 282 del 29/12/2017 (che a sua volta ha superato, per quanto riguarda la disciplina dell'accesso civico semplice, il precedente Regolamento del 2013). Il provvedimento è stato posto in pubblicazione in una apposita sezione del portale "Amministrazione Trasparente", sezione "Dati ulteriori" alla voce "accesso civico".

Il Registro degli accessi

La circolare FOIA n. 2/2017, che definisce il registro degli accessi come la principale soluzione tecnico-organizzativa "per agevolare l'esercizio del diritto di accesso generalizzato da parte dei cittadini e, al contempo, gestire in modo efficiente le richieste di accesso [...]" suggerisce alle PPAA di riutilizzare le funzionalità dei sistemi di protocollo informatico, in quanto si tratta di una soluzione di facile attuazione che non prevede l'acquisizione di altre piattaforme e, al contempo, è in grado di rendere più efficiente il processo complessivo di gestione delle richieste.

La soluzione suggerita dall'Autorità è stata adottata dall'Azienda dal 1° luglio 2019 avviando in produzione il modulo denominato "GIPI" presente all'interno dell'applicativo di protocollo informatico in uso ed abbandonando la rilevazione basata precedentemente su supporto cartaceo.

Il Registro è stato implementato alla luce delle specifiche tecniche contenute nella Circolare n. 1/2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e nel documento predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica denominato "Indicazioni operative per l'implementazione del registro degli accessi FOIA" disponibile sul sito www.foia.gov.it.

Il Registro degli accessi costituisce uno dei più importanti strumenti per garantire la trasparenza dell'azione amministrativa e si pone l'obiettivo di perseguire una pluralità di scopi, fra i quali:

- Semplificare la gestione delle richieste e le connesse attività istruttorie;
- Favorire l'armonizzazione delle decisioni su richieste di accesso identiche o simili;

⁹ La delibera del Direttore generale n. 230 del 27/12/2017 supera, per la parte relativa alla gestione ed alla trattazione dell'accesso civico semplice, la precedente delibera n. 202 del 6/09/2013 ad oggetto: "Disposizioni in materia di accesso civico – approvazione del regolamento per la disciplina dell'istituto dell'accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs 33/2013 e relativa modulistica" che viene di conseguenza cassata.

- Agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate;
- Monitorare l'andamento delle richieste di accesso e la trattazione delle stesse da parte del responsabile del procedimento.

Il Registro informatizzato attualmente in uso, dal punto di vista pratico, garantisce pertanto:

- La tempestività della pubblicazione;
- Il decentramento delle attività in capo alle Strutture che hanno in gestione la tipologia di accesso destinato alla pubblicazione.

L'Amministrazione è pertanto in linea con le pubblicazioni semestrali secondo quanto previsto dalle delibere ANAC n. **1309/2016** "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2 del D. Lgs 33/13", e n. **1310/2016** "Prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D. Lgs 33/13 come modificato dal D. Lgs 97/16".

Le informazioni relative al Registro degli accessi sono pubblicate in una specifica sezione presente in Amministrazione Trasparente, raggiungibile ai seguenti link: <http://trasparenza.ausl.fe.it/pub/registro-accessi>, <https://trasparenza-atti.ospfe.it/albi/registro-accessi>.

Le banche dati di cui all'art. 9 bis del D. Lgs 33/13 e s.m.i.

La disciplina della trasparenza contenuta nel testo storico del D.Lgs. 33/2013, è stata aggiornata dal D.Lgs. 97/2016 con la semplificazione di alcuni obblighi di pubblicazione e la possibilità di fare uso delle "banche dati", detenute dalle Pubbliche Amministrazioni, per assolvere agli adempimenti cui sono tenuti i soggetti obbligati di cui al comma 2 bis del medesimo D.Lgs. 33/2013.

Di seguito una rappresentazione delle banche dati di interesse per le aziende sanitarie:

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma istitutiva della banca dati	Obblighi previsti dal D. Lgs 33/13 e s.m.i.
1	PerlaPA	PCM - DFP	Art. 36, co. 3 e 53 del D. Lgs 165/01 Art. 1 co. 39 della L. 190/12	Art. 15 – Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza Art. 17 – dati relativi al personale non a T.I. Art. 18 – dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici
2	SICO – Sistema conoscitivo del personale dipendente delle PPAA	MEF – RGS (IGOP)	Art. 40-bis, co. 3 e 58-62 del D. Lgs 165/01	Art. 16, co. 1-2 – dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a T.I. Art. 17 – dati relativi al personale non a T.I. Art. 21 co 1 – dati sulla contrattazione collettiva nazionale Art. 21 co. 2 – dati sulla contrattazione collettiva integrativa
3	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN - CNEL	Art. 40-bis, co. 5 e 47 co. 8 del D. Lgs 165/01	Art. 21 co 1 – dati sulla contrattazione collettiva nazionale Art. 21 co. 2 – dati sulla contrattazione collettiva integrativa
4	Patrimonio della PA	MEF-DT	Art. 2, co. 222 legge n. 191/2000 Art. 17 co. 3-4 del DL 90/2014 convertito in L. 114/2014	Art. 22. Co. 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalla PPAA in cui le Amm.ni nominano i propri rappresentanti negli organi di governo Art. 30 – dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma istitutiva della banca dati	Obblighi previsti dal D. Lgs 33/13 e s.m.i.
				dalla PPAA
5	BDAP – Banca dati PPAA	MEF-RGS	Art. 13 L. 196/2009 Decreto Min. Tesoro, Economia e Finanze n. 23411/2010 D. Lgs 229/2011 D. Lgs 228/2011	Art. 29 co. 1 – bilanci preventivi e consuntivi delle PPAA Art. 37, co. 1, lett a), b), c) – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione dei lavori Art. 38 – pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche
6	BDNCP – Banca dati Nazionale Contratti Pubblici	Anac	Art. 62-bis del D. Lgs n. 82/2005 Art. 6-bis del D. Lgs n. 163/2006	Art. 17 – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture
7	Servizio Contratti Pubblici	MIT	Art. 66, co. 7, 122, co. 5 e 128 co. 11 del D. Lgs n. 163/2008	Art. 17 – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture

L'intento primario del legislatore è stato certamente quello di semplificare l'attuazione della normativa sulla trasparenza.

Tuttavia la disposizione di cui all'art. 9-bis si è rilevata, in realtà, di difficile attuazione: la ragione principale risiede nel fatto che le banche dati cui si riferisce la norma sono state istituite e realizzate prima dell'entrata in vigore del D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i. per scopi diversi da quelli che si prefigge l'art. 9-bis in argomento.

In via prudenziale l'apertura delle banche dati in argomento con la contestuale sostituzione dell'obbligo di pubblicazione per le PP.AA. sui propri siti potrà realizzarsi solamente al momento in cui vi sarà la totale coincidenza tra i dati contenuti nelle banche dati e quelli previsti dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i..

Per quanto riguarda i dati e le informazioni di cui all'art. 37, co. 1, lett a), b), c) del D. Lgs 33/13 e s.m.i. (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione dei lavori) si evidenzia che oltre alle banche dati nazionali di cui sopra (e precisamente BDAP, BDNCP e Servizio Contratti Pubblici) è attiva anche una banca dati regionale denominata "SITAR" (popolata dai competenti Servizi) raggiungibile al link <https://www.sitar-er.it/Sitar-ER/>.

Il **SITAR**, "Sistema Informativo Telematico Appalti Regionale della regione Emilia-Romagna":

- Consente di monitorare il ciclo dell'appalto dalla fase di programmazione a quella di collaudo attraverso le fasi intermedie di bando, aggiudicazione ed esecuzione tenendo conto delle specificità dell'appalto in relazione alla tipologia ed all'importo;
- Assolve in modo unitario alle diverse esigenze di monitoraggio dei vari organismi legalmente deputati semplificando l'azione di invio delle informazioni da parte delle stazioni appaltanti attive sul territorio regionale e concentrando in un'unica banca dati le diverse informazioni;
- Realizza il monitoraggio in modo completamente informatico rendendolo più efficiente e meno oneroso per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

In considerazione dell'importanza della banca dati regionale in argomento, si ritiene opportuno inserire il relativo link nella sezione "Bandi di gara e contratti" presente in "Amministrazione Trasparente" pur continuando ad assicurare, da parte delle Strutture competenti, le pubblicazioni secondo le modalità in uso nell'Ente ed in attesa di comunicazioni Ufficiali per le pubblicazioni dei link delle Banche Dati nazionali.

La Banca Dati nazionale "**Soldi pubblici**" raggiungibile al link <http://soldipubblici.gov.it/it/home> presenta una serie di interessanti e significativi dati ed informazioni ai fini delle pubblicazioni di cui all'art. 41, co. 1 bis. Si ritiene pertanto opportuno inserire tale link nella sezione "Dati sui pagamenti del SSN" presente in "Amministrazione Trasparente" pur assicurando le pubblicazioni da parte delle competenti Strutture secondo le prassi in uso nell'Ente.

Tempestività del dato: interpretazioni

Si definiscono, di seguito, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni nelle diverse sezioni presenti in "Amministrazione Trasparente" in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme:

Criterio di pubblicazione	Termine di pubblicazione
Tempestivo	La pubblicazione deve essere assicurata entro i 30 gg successivi dalla produzione del provvedimento e/o documento previsto dall'obbligo
Trimestrale/semestrale/annuale	Entro i 30 gg successivi alla scadenza del trimestre/semestre/anno
Date stabilite da specifiche normative	Scadenza prevista

Strumenti di comunicazione esterna.

Le iniziative per la trasparenza rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza stessa.

Al fine di garantire la diffusione della cultura della trasparenza e dell'integrità le Aziende Sanitarie ferraresi utilizzano quali strumenti prevalenti di comunicazione esterna:

- La "Giornata della Trasparenza";
- Il sito web istituzionale;
- L'Ufficio relazioni con il pubblico;
- La carta dei servizi;
- La presenza aziendale durante gli eventi sociali e culturali.

Dal 2022, il Garante Privacy ha dato disposizioni alle PA di non monitorare i propri servizi web tramite Analytics di Google ma di utilizzare il portale WAI (Web Analytics Italia): al momento tale infrastruttura non è in grado di accogliere tutte le richieste come riportato in questo articolo:

<https://webanalytics.italia.it/#comunicazione-potenziamento>

La nuova impostazione della sottosezione "Bandi di gara e contratti" prevista dal PNA 2022

La semplificazione che ha riguardato la sezione relativa ai "**Bandi di gara e contratti**", già oggetto di significativi aggiornamenti nel 2023 e nel 2024 a seguito dell'emanazione del nuovo Codice dei contratti (d.lgs. n. 36/2023), ha richiesto uno sforzo di coordinamento tra le Strutture aziendali competenti in materia, finalizzato a razionalizzare gli adempimenti e favorire l'interoperabilità tra le diverse piattaforme utilizzate.

L'Allegato n. 9) del PNA 2022 recante elenco degli obblighi di pubblicazione in A.T., sottosezione "*Bandi di gara e contratti*" sostitutivo dell'allegato 1) della delibera ANAC 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera 1134/2017 nella parte in cui elenca i dati da pubblicare per i contratti pubblici, apporta sostanziali modifiche alla sottosezione in argomento pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Ente.

L'Azienda progressivamente adeguerà l'impianto delle pubblicazioni sviluppando, per quanto possibile, soluzioni informatizzate ed avvalendosi anche di integrazioni su banche dati nazionali.

Appendici:

- 1) Tabella relativa alla “griglia delle responsabilità” posta in capo alle Strutture aziendali di cui alla determinazione n. 1310 del 28.12.2016 dell’Autorità Nazionale Anticorruzione ad oggetto: “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016” e successive modifiche (da ultimo PNA 2022);
- 2) Aggiornamento della mappatura dei processi delle aree a rischio;
- 3) Analisi del contesto esterno: scenario economico sociale regionale e quadro criminologico nella Regione Emilia-Romagna.

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	A cadenza annuale /RPCT (tramite verifiche , anche a campione, delle sezioni di interesse)	Il PTPCT è stato "assorbito" dal PIAO (ora Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza")	
	Atti generali	Art. 12, c. 1	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Link al sito "Normattiva" - Entro 30 gg dalla conoscenza	UOC AFFARI ISTITUZIONALI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC AFFARI ISTITUZIONALI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 12, c. 2	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC AFFARI ISTITUZIONALI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA			
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSN		E' presente il link alla pagina web http://www.funzionepubblica.gov.it/strumenti-e-controlli/trasparenza-delle-pa/scadenario-nuovi-obblighi-amministrativi	
		Art. 34	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016					
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)						
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a)		Si veda incarichi amministrativi di vertice	Non attinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b)	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 13, c. 1, lett. c)	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SINDACALI - AREA PROGR.NE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DG; UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
		Art. 13, c. 1, lett. b)		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SINDACALI - AREA PROGR.NE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DG; UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	UOC ICT - AREA INNOVAZIONE E SVILUPPO - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE				

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE : 1) AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE 2) AREA GIURIDICA – UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI – UOC FORMAZIONE E PROCESSI DELLA DOCENZA INTEGRATA DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC AFFARI ISTITUZIONALI (e altre Strutture interessate da individuarsi in relazione alle esigenze aziendali)			
		Art. 15, c. 1, lett. b)		Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE : 1) AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE 2) AREA GIURIDICA – UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI – UOC FORMAZIONE E PROCESSI DELLA DOCENZA INTEGRATA DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC AFFARI ISTITUZIONALI (e altre Strutture interessate da individuarsi in relazione alle esigenze aziendali)			
		Art. 15, c. 1, lett. c)		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE : 1) AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE 2) AREA GIURIDICA – UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI – UOC FORMAZIONE E PROCESSI DELLA DOCENZA INTEGRATA DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC AFFARI ISTITUZIONALI (e altre Strutture interessate da individuarsi in relazione alle esigenze aziendali)			Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b) Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
		Art. 15, c. 1, lett. d)		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)			
		Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'invio alla Funzione Pubblica			
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse		Tempestivo	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)			
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina			
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina			
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)		Tempestivo (ex art. 8)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione			
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Tempestivo (ex art. 8)			NA - Non Applicabile Aziende SSR	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina			
							<p>DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE : 1) AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE 2) AREA GIURIDICA – UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO</p> <p>DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI – UOC FORMAZIONE E PROCESSI DELLA DOCENZA INTEGRATA</p> <p>DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE</p> <p>DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC AFFARI ISTITUZIONALI (e altre Strutture interessate da individuarsi in relazione alle esigenze aziendali)</p>			
							DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE			
							<p>DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE : 1) AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE 2) AREA GIURIDICA – UOC ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO</p> <p>DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI – UOC FORMAZIONE E PROCESSI DELLA DOCENZA INTEGRATA</p> <p>DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE</p> <p>DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC AFFARI ISTITUZIONALI (e altre Strutture interessate da individuarsi in relazione alle esigenze aziendali)</p>			
							Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC AREA GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
							Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC AREA GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
							Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
							Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE e UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
									Da applicare a Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario (+Direttore delle attività socio-sanitarie+Direttore	

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		assistenziale+Direttore scientifico, ove presenti, ai sensi della LR 29/2004 e smi) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019). Con riferimento all'applicazione del D.Lgs.39/2013, cfr. nota DG Cura della Persona, Salute e Welfare ad ANAC prot.03/11/2021.1012935.U	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		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	Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC AREA GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale - Entro il 30/06 e/o in relazione a comunicazioni della Regione	Per DG link al sito RER, per altri Direttori UOC AREA GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - AREA Progr.NE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DG - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO RISORSE UMANE ED ECONOMICHE		Vedi nota precedente, con riferimento a Direttori di Dipartimento, Struttura complessa e struttura semplice	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	Singolo Direttore / Dirigente per mezzo di procedura informatizzata in GRU - WHR Time			
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Dichiarazioni ex D.Lgs.39/13 solo per dirigenti PTA con incarico di struttura		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR						

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis	
Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - DIPARTIMENTO STAFF DG				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - DIPARTIMENTO STAFF DG				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR				
		Art. 15, c. 5	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016						
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta		Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSR				
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti		Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN					
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR		Vedi nota precedente			
	Art. 14, c. 1, lett. b)		Curriculum vitae		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
	Art. 14, c. 1, lett. c)		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
	Art. 14, c. 1, lett. d)		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
	Art. 14, c. 1, lett. e)		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
	Art. 14, c. 1, lett. e)		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
	Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR					
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSR							
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	Per inserimento nominativi dei Titolari Incarichi di funzione = UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - AREA PROGR.NE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DG - II Singolo Titolare di IdF provvede all'inserimento del proprio CV tramite il sistema GRU - WHR Time		Si è provveduto alla sostituzione della denominazione "Posizioni Organizzative", ormai obsoleta, con la più aggiornata "Incarichi di funzione del personale area comparto"		
Dotazione organica	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		Annuale (art. 16, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo	

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
	Organizzazione organica	Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			Organizzazione organica (ric per costo personale indeterminato)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)
		Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	La pubblicazione avviene entro la fine del mese successivo al trimestre	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE E UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE e UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - AREA PROGR.NE INT. - DIP. STAFF DG			Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
		Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE e UOC GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC POLITICHE DEL PERSONALE E REL. SIND. - AREA PROGR.NE INT. - DIP. STAFF DG			
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri	
		Art. 10, c. 8, lett. c)		Curricula	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
Bandi di concorso		Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	5 gg per pubblicazione del bando, 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
	Sistema misurazione e valutazione Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC POLITICHE DEL PERS. E REL. SIND. - AREA PROGR.NE INT. - DIP. STAFF DG		Cfr. indicazioni DGR 819/2021 (anche per voci successive)	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8,	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis	
Performance	Relazione sulla Performance	lett. b)	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - AREA RISORSE UMANE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a)	Art. 22, c. 2	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunemente denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE		Molto probabile n/a per Aziende sanitarie		
				Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE							
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE						
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE						

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
		Art. 22, c. 1, lett. b)	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
		Art. 22, c. 2	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG				
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG		
				Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG		

Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis		
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG		Non Applicabile per le società ex 9 bis D.Lgs 502/92 smi			
				Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG					
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG					
		Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
						6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE					
				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 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE					
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d)	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - UOC AFFARI IST.LI - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIP. STAFF DG						

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
		Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. e)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
		Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate			
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Strutture aziendali interessate				
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	Strutture aziendali interessate per mezzo di procedura informatizzata		Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	Strutture aziendali interessate per mezzo di procedura informatizzata			
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Controlli sulle attività economiche		Art. 23 bis	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Sezione da aggiornare ai sensi del D.Lgs.103/2024 e dell'art.23bis d.Lgs.33/2013		DA DEFINIRE		Sezione da aggiornare ai sensi del D.Lgs.103/2024 e dell'art.23bis d.Lgs.33/2013	
		Art. 23 bis	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			DA DEFINIRE			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
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		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	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC ICT - UOC COORD. PER L'INNOVAZIONE DIGITALE - AREA DELL'INNOV.NE E SVILUPPO - DIP. STAFF DG			
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione e dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione e dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	Entro 30 gg dalla comunicazione	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		I contenuti della Sottosezione Bandi di gara e contratti riprendono quelli degli allegati alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023. Essi saranno oggetto di analisi nel corso del 2024 per quanto attiene all'effettiva applicabilità alle Aziende sanitarie delle singole voci ed ai termini / alle modalità di pubblicazione, anche alla luce di eventuali ulteriori indicazioni di ANAC e della progressivo consolidamento dei sistemi di interoperabilità attivati dal 1/1/2024 secondo quanto previsto dal nuovo codice degli appalti	
		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		Nella sezione di Amministrazione trasparente sarà pubblicato inoltre il link alla BDNCP messo a disposizione da ANAC	
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 11, co. 2- quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Entro 30 gg dalla disponibilità dell'informazione	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti, Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Bandi di gara e contratti		Art. 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	Pubblicazione	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	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		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)		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	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Affidamento	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		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)		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	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica		Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (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	NA - Non Applicabile Aziende SSN			I contenuti della Sottosezione Bandi di gara e contratti riprendono quelli degli allegati alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023. Essi saranno oggetto di analisi nel corso del 2023 per quanto attiene all'effettiva applicabilità alle Aziende sanitarie delle singole voci ed ai termini / alle modalità di pubblicazione, anche alla luce di eventuali ulteriori indicazioni di ANAC e della progressiva consolidazione dei sistemi di interoperabilità attuati dal 1/1/2024

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
		Art. 215 e ss. e All. V.2. d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico		Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		consolidamento dei sistemi di interoperabilità attivati dal 1/1/2024 secondo quanto previsto dal nuovo codice degli appalti Nella sezione di Amministrazione trasparente sarà pubblicato inoltre il link alla BDNCP messo a disposizione da ANAC	
		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	Esecutiva	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Sponsorizzazioni	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
		Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UOC Serv. Tecnico e Patr., UOC Appalti. Patr. Log. Mob. Sost., UOC Manutenz. Imm.li e Imp., UOC Ing. Clin. - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC Servizio Comune Econ. E Gest. Contratti, UOC Economato ed esecuz. Contr., beni e serv., invent. beni mobili - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 26, c. 2		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a)	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate		Informazioni da pubblicare per quanto applicabili, nel rispetto del c.4 art.26 D.Lgs.33/2013 e solo se relative a prestazioni non rientranti nei LEA. Cfr. Delibera ANAC 468 del 16/6/2021 e linee applicative condivise nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento dei RPCT delle Aziende sanitarie di cui alla nota regionale prot. N. 95815 del 3/02/2022	
		Art. 27, c. 1, lett. b)		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 1, lett. c)		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
		Art. 27, c. 2		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Strutture aziendali interessate			
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)	
		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
		Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE - UOC APPALTI PATRIMONIO LOGISTICA E MOB. SOST.		Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE - UOC APPALTI PATRIMONIO LOGISTICA E MOB. SOST.			
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Sulla base delle delibere A.N.AC.	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR			
				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	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA – UOC AFFARI ISTITUZIONALI				

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione (o immediato tramite link a specifica sezione del sito)	AREA DELLA COMUNICAZIONE – UOC COMUNICAZIONE E UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE - DIP. STAFF DG			
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	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	Struttura aziendale interessata			
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	Struttura aziendale interessata			
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza	Struttura aziendale interessata			
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	UOC Progr.NE e CONTR. STRATEGICO - AREA Progr.NE INT. - DIP. STAFF DG - UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIP. DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8)	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CURE PRIMARIE – UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI DISTRETTUALI / DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE GENERALE - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - U.O.C. GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT		Anche tramite link a siti regionali	
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	AREA DELLA COMUNICAZIONE – -UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE - CUG ;				
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari			Non applicabile alle Aziende del SSN		Anche mediante link a http://soldipubblici.gov.it (ex art.4bis)	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE		Anche mediante link a http://soldipubblici.gov.it (ex art.4bis)	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo all'anno di riferimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla modifica	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE				
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, 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)	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE			Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE			
		Art. 38, c. 2	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a)	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
		Art. 39, c. 2	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA		Cfr. nota OIV-SSR ad ANAC prot. PG/2019/0598476 del 16/07/2019 in cui si prevede che "tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all'obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia "Informazioni Ambientali" in un'unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali: - le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005."	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, 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						
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente						
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, 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						
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse						
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale						
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore						
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio						
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per accordi sottoscritti l'anno precedente	UOC BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI - AREA RISORSE ECONOMICHE - DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE			
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI - UOC ECONOMATO ED ESEC. CONTR. BENI E SERV. INV. BENI MOBILI - , DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE		Nota RER prot. 599043 del 15/09/2020, con riferimento all'emergenza COVID19 + Decreto del Presidente in qualità del soggetto attuatore n.51 del 9/4/2021	
		Art. 42, c. 1, lett. b)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla fissazione dei termini	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI - UOC ECONOMATO ED ESEC. CONTR. BENI E SERV. INV. BENI MOBILI - , DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE			
		Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI - UOC ECONOMATO ED ESEC. CONTR. BENI E SERV. INV. BENI MOBILI - , DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE - UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE			
		Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA			
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA			

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	In relazione a termini indicati dall'ANAC	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		Tempestivo	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		Tempestivo	Entro 30 gg dall'atto di accertamento	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
		Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		Tempestivo	Entro 30 gg da eventuali variazioni	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		Semestrale	Entro 30 gg dal termine del semestre di riferimento	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID		Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	UOC ICT - AREA DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		Annuale	Entro il 31/03 di ogni anno	UOC ICT - AREA DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Entro il 31/03 di ogni anno	UOC ICT - AREA DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE		
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/200)	Titolo/oggetto del contratto di sperimentazione Codice 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	UOC RICERCA E INNOVAZIONE - DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI	cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
Altri contenuti	Dati ulteriori	L. 24 del 8/3/2017 art. 2, co. 5	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento secondo le indicazioni di cui alla nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)		Annuale	31/3 per anno precedente	UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - AREA LEGALITA' E SICUREZZA - DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE	cfr. nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11 c.2-quater L.3/2003	Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art.11 c.2-quater L.3/2003)	Elenco dei progetti finanziati con Codice Unico di Progetto con indicazione di CUP, importo totale del finanziamento, fonti finanziarie, data di avvio del progetto e stato di attuazione finanziario e procedurale		Annuale	Con riferimento al 31/12: entro 28/2 dell'anno successivo	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE – AREA LEGALITA' E SICUREZZA – UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI - UOC ECONOMATO ED ESEC. CONTR. BENI E SERV. INV. BENI MOB., DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE	cfr.nota OIV-SSR Prot. 05/02/2021.0099560.U + indicazioni ulteriori fornite da Servizio Gestione Amministrativa	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Linee guida sulla parità di genere del 6/10/2022	Trasparenza di genere	Informazioni disponibili relative alla parità di genere, ad esempio - bilancio di genere (per le aziende che l'hanno adottato) - relazione annuale del CUG sulla situazione del personale - link al sito del CUG		Tempestivo	Entro 30 gg dalla disponibilità di nuove informazioni	DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE -DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE – AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA - U.O.C. QUALITA' E SVILUPPO ORGANIZZATIVO - CUG	Cfr. lavoro svolto nell'ambito della Rete per l'Integrità e la Trasparenza (attiva ex art. 15 Lreg 18/2016)	

AZIENDA USL DI FERRARA - ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Monitoraggio - Tempistiche e responsabile	Note	9bis
Altri contenuti	Dati ulteriori	PNA 2022 (pag.117)	Attuazione misure PNRR	Provvedimenti amministrativi emanati per l'attuazione del PNRR oppure link che rinvia ad una pagina del sito istituzionale dedicata al PNRR	Tempestivo	Entro 30gg dall'adozione	DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE – AREA LEGALITA' E SICUREZZA – UOC SERVIZIO COMUNE ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI - UOC ECONOMATO ED ESECUZIONE CONTRATTI BENI E SERVIZI, INVENTARIO BENI MOBILI, DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE – UOC SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE, UOC FORMAZIONE E PROC. DELLA DOCENZA INTEGRATA - UOC RICERCA E INNOVAZIONE - DIP. INTER.LE DELLO SVIL. E DEI PROC. INT. e altre Strutture interessate			
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art.9 c.6 ACN 17/12/2015 - Accordo Collettivo Nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie	Incarichi per area e ore di attività	numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi dell'ACN	Annuale	31/3 per anno precedente	DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE - AREA RISORSE UMANE - UOC GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE			
Altri contenuti	Dati ulteriori	DPCM 24/09/2014	Censimento delle autovetture di servizio (DPCM 24/09/2014)	Elenco delle autovetture di servizio a qualunque titolo utilizzate, distinte tra quelle di proprietà e quelle oggetto di contratto di locazione o di noleggio, con l'indicazione della cilindrata o dell'anno di immatricolazione (sono escluse da tale rilevazione le autovetture utilizzate per i servizi sociali o sanitari svolto per garantire i livelli essenziali di assistenza)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla comunicazione dei dati al Dipartimento della Funzione Pubblica	UOC Appalti, Patrimonio, Logistica e Mobilità Sostenibile - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE			
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3 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 PNA 2016 alcuni possibili indicatori : - Indicatori su appalti -Tecnologie aziendali (in comodato d'uso/in prova) - Patrimonio non utilizzato per finalità proprie - strutture private autorizzate - documento su Sistema Controlli Interni		X			

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)
I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

CLASSIFICAZIONE ANCC	AREA DI RISCHIO	MACROPROCESSO	SIP/SAO	PROCESSO	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	BENEFICIARI/CONVOLTI	FATTORI ABILITANTI / FATTORI RILEVANTI										INDICATORI DI RISCHIO							ESIGENZE DOCUMENTALI	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO	MISURE GENERALI ATTIVATE	MISURE SPECIFICHE ATTIVATE	AUTORELATIVAZIONE ATTIVITA'	MOTIVAZIONE DELL'AUTORELATIVAZIONE	PROGRAMMAZIONE MISURE DI PREVENZIONE SOLO IN PRESENZA DI RISCHIO MEDIO /ALTO				RESPONSABILE PROCESSUALITA'	VALIDAZIONE SOCC	
										DETTURAZIONE DELLA LEGALITA'	MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO	CONTROLLI AMMINISTRATIVI INTERNI E ESTERNI	TRASPARENZA DEL PROCESSO	AGIBILITA' DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ESERCIZIO FIDUCIARIO ED ESCLUSIVO DELL'ATTIVITA'	RESPONSABILITA' DAZIONE SILENTA	COMPETENZE DEL PERSONALE	TENUCHE E LIVELLI REFORMATIVI	EVENTI RILEVANTI ATTIVITA'	INTERESSE ESTERNO	DISCREZIONALITA'	EVENTI CORRELATIVI PASSATI	OPACITA'	DELIBERAZIONE CON SOCC	ATTUAZIONE MISURE	MISURE DI PREVENZIONE							TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE MISURE	RISULTATI DI MONITORAGGIO	TARGET				
										F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto							F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto			F. Inibente alto
B	Farmacologia, dispositivi a alta tecnologia, device, impiantistica e impiantistica	Sperimentazioni	DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	Procedura di individuazione del dirigente medico	Info da parte di Ditta Farmaceutica e di Dispositivi Medici alla partecipazione a Convegni/Comuni	Proposta di partecipazione convegni/comuni da parte di Ditta Farmaceutica e di Dispositivi Medici	Assegnazione al Direttore del Dipartimento e della UOC (Ditta Operativa Complessa) di competenza, tramite protocollo informativo	Il Direttore del Dipartimento e della UOC di competenza autorizza il Direttore di UOC a individuare i nominativi dei Dirigenti che dovrà partecipare al Convegno/Comuni	Tutte le UOC afferenti al DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Regolamentazione interna, Disposizioni della Direzione Generale	medio	Colla di comportamento di servizio pubblico, Inibente, comunicazione conflicts of interest, relazione del personale, whistleblowing, Formazione	Regolamento interno	richiedi basso	Dati che il Direttore del DAI Cardiovaskolare e capo del Dirigente del DAI Cardiovaskolare deve verificare e farlo concludere							Direttore del DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE			
						Individuazione del Medico che dovrà partecipare al Convegno/Comuni e comunicazione del nominativo alla Ditta Farmaceutica e di Dispositivi Medici	Il Direttore di UOC individua i medici della UOC nominativi del Dirigente che dovrà partecipare al Convegno/Comuni	Tramissione tramite apposito protocollo informativo alla Ditta Farmaceutica e di Dispositivi Medici del nominativo individuato	Tutte le UOC afferenti al DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente basso	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Regolamentazione interna, Disposizioni della Direzione Generale	medio	Colla di comportamento di servizio pubblico, Inibente, comunicazione conflicts of interest, relazione del personale, whistleblowing, Formazione	Regolamento interno	richiedi basso	L'individuazione del partecipante in questa fase non ha nessun potenziale impatto di informazione, formazione, crescita del personale						Direttore di UOC Operativa	La misura abilitante abilita i nominativi di medici che non abbiano conflitto di interesse e non siano sottoposti a procedimenti disciplinari, amministrativi, formativi, formativi per il personale del settore medico
						Comunicazione da parte della ditta del nominativo del dirigente medico partecipante al convegno con relativi relativi alla spesa sostenuta	Ricezione tramite apposito protocollo informativo del nominativo del dirigente medico partecipante al convegno con relativi relativi alla spesa sostenuta	Assegnazione, tramite apposito protocollo informativo, del Dirigente Medico individuato	Tutte le UOC afferenti al DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente basso	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Regolamentazione interna, Disposizioni della Direzione Generale	medio	Colla di comportamento di servizio pubblico, Inibente, comunicazione conflicts of interest, relazione del personale, whistleblowing, Formazione	Regolamento interno	richiedi basso	Assenti una comunicazione che si ritiene non di questo ordine						Raffaella Antonietti	La misura abilitante abilita i nominativi di medici che non abbiano conflitto di interesse e non siano sottoposti a procedimenti disciplinari, amministrativi, formativi, formativi per il personale del settore medico
						Partecipazione al Convegno/Comuni	Il Dirigente medico partecipa al Convegno/Comuni	Il rappresentante della Ditta Farmaceutica e del Dispositivo Medico ha contatti con il Dirigente medico in sede appositive ad altre società e convegni	Tutte le UOC afferenti al DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente basso	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Regolamentazione interna, Disposizioni della Direzione Generale	medio	Colla di comportamento di servizio pubblico, Inibente, comunicazione conflicts of interest, relazione del personale, whistleblowing, Formazione	Regolamento interno	richiedi medio	La misura abilitante abilita i nominativi di medici che non abbiano conflitto di interesse e non siano sottoposti a procedimenti disciplinari, amministrativi, formativi, formativi per il personale del settore medico						Il Dirigente Medico partecipante	La misura abilitante abilita i nominativi di medici che non abbiano conflitto di interesse e non siano sottoposti a procedimenti disciplinari, amministrativi, formativi, formativi per il personale del settore medico

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

PUNTO INFORMATIVO DEI DOCUMENTI PER IL CANDIDATO - CORSO DI Laurea in Fisica - UNIVERSITA' DI TORINO

CATEGORIA ESSE	ANNO DI CORSO	SEMPRE/BIENNIO	CORSO DI STUDI	MATERIA	ESERCIZIO CATEGORIA	MATERIA CATEGORIA	CATEGORIA ESSE	CATEGORIA ESSE	ATTIVITÀ ESERCIZIO / ATTIVITÀ ESERCIZIO								ATTIVITÀ ESERCIZIO	CATEGORIA ESSE	CATEGORIA ESSE	CATEGORIA ESSE					CATEGORIA ESSE	CATEGORIA ESSE				
									CONOSCENZA DEI FONDAMENTI DELLA MATERIA	CONOSCENZA DEI METODI DELLA MATERIA				CONOSCENZA DEI METODI DELLA MATERIA			CONOSCENZA DEI METODI DELLA MATERIA	CONOSCENZA DEI METODI DELLA MATERIA	CONOSCENZA DEI METODI DELLA MATERIA											
8	Fisica	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti	Linee di ricerca per nuovi esperimenti							

AREE DI RISCHIO
GENERALI
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <u>privi</u> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
contratti pubblici
acquisizione e gestione del personale
gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
incarichi e nomine
affari legali e contenzioso

SPECIFICHE
attività libero professionali
Liste d'attesa
Rapporti con soggetti erogatori
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

LIVELLO REGIONALE		INDICATORI DI PRESSIONE											INDICATORI DI PRESSIONE												INDICAZIONI				INDICAZIONI				INDICAZIONI				
LIVELLO REGIONALE		INDICATORI DI PRESSIONE											INDICATORI DI PRESSIONE												INDICAZIONI				INDICAZIONI				INDICAZIONI				
PROIEZIONE	RELAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE
PROIEZIONE	RELAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	INDICAZIONE	
1	1.1	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7	1.1.8	1.1.9	1.1.10	1.1.11	1.1.12	1.1.13	1.1.14	1.1.15	1.1.16	1.1.17	1.1.18	1.1.19	1.1.20	1.1.21	1.1.22	1.1.23	1.1.24	1.1.25	1.1.26	1.1.27	1.1.28	1.1.29	1.1.30	1.1.31	1.1.32	1.1.33	1.1.34	1.1.35	
...

AREE DI RISCHIO
GENERALI
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <u>privi</u> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
contratti pubblici
acquisizione e gestione del personale
gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
incarichi e nomine
affari legali e contenzioso

SPECIFICHE
attività libero professionali
Liste d'attesa
Rapporti con soggetti erogatori
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

CLASSIFICAZIONE ANAC	AREA DI RISCHIO	MACROPROCESSO	DIP/UCO	PROCESSO	ATTIVITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ
G	Contratti pubblici	Erogazione contributi economici/rimborso spese ad Associazioni senza scopo di lucro per progetti da realizzare nell'ambito delle funzioni della DAI SMDP	DAISMDP-AUSL di Ferrara UOC CSM UOC SERD UOC UONPIA	Procedimento amministrativo correlato a progetti partecipati/integrativi alle attività e/o a prestazioni/servizi accessori del DAISMDP, che si conclude con la stipula di una convenzione	Attivazione di una convenzione adottata con determina	<p>1 Proposta progetto per prestazione/servizio da parte di Associazioni/Enti</p> <p>2 Valutazione proposta del Responsabile della UOC</p> <p>3 Adozione del provvedimento di approvazione della convenzione con sottoscrizione delle parti</p> <p>4 Presentazione relazione delle attività svolte, cui segue la verifica dei risultati dell'attività e del raggiungimento degli obiettivi</p> <p>5 Liquidazione e mandato di pagamento</p>
G	Contratti pubblici	Procedura di acquisto di	DAISMDP-AUSL di Ferrara UOC CSM	Acquisto prestazioni di servizio per inserimento in CD ed in strutture residenziali e/o comunitarie pubbliche e/o private di utenti del DAISMDP (Area CSM/SERD/UONPIA)	Attivazione gestione di contratti derivanti da gare d'appalto/procedure di	<p>1 Predisposizione del progetto di cura individuale, condiviso in équipe multiprofessionale, compresa la individuazione della struttura idonea</p> <p>2 Proposta di attivazione di progetto/servizio/prestazione con presentazione della scheda di dettaglio al NVAI ovvero al UVM minori</p> <p>3 Discussione ed autorizzazione del progetto/servizio/prestazione, oggetto di appalto/affidamento diretto/contratto di servizio in accreditamento, sia per gli aspetti di cura che di budget</p>

	Contratti pubblici	prestazioni di servizio	UOC SERD UOC UONPIA	servizi educativi pubblici e/o privati in ambito del DAISMDP (Area CSM/SERD/UONPIA) e per interventi di educativa domiciliare adulti e minori	affidamento/contratto di servizio in accreditamento	<p>4 Incontro tra professionisti (Area CSM/SERD/UONPIA), con utente e gestori cui viene affidato il progetto/servizio/prestazione</p> <p>5 Formalizzazione dell' avvio e gestione giuridico/amministrativo ed economica</p> <p>6 Liquidazione fatture ed missione del mandato di pagamento</p>
G	Contratti pubblici	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	DAISMDP-AUSL di Ferrara UOC CSM UOC SERD UOC UONPIA	Attivazione e gestione del procedimento correlato all' erogazione sussidi/indennità ad utenti del DAISMDP	Predisposizione di ordinanza /atto di liquidazione	<p>1 Rilevazione e mappatura del bisogno</p> <p>2 Valutazione del caso e condivisione in équipe della proposta di progetto completa delle evidenze di cura e di quelle economiche</p> <p>3 Presentazione della proposta di progetto al NVAI</p> <p>4 Discussione ed autorizzazione del progetto</p> <p>5 Formalizzazione del progetto per gli aspetti giuridici/amministrativi ed economici</p> <p>6 Liquidazione ed erogazione del contributo, mediante emissione di mandato di pagamento</p>

AUSL FERRARA - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

INPUT	OUTPUT	UFFICI/SERVIZI COINVOLTI	FATTORI ABILITANTI / FATTORI INIBENTI								TECNICHE E FONTI INFORMATIVE	EVENTI RISCHIOSI ATTIVITÀ	INTERESSE ESTERNO / DISCREZIONALITÀ		
			CULTURA DELLA LEGALITÀ	MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO	CONTROLLI AMMINISTRATIVI INTERNI O ESTERNI	TRASPARENZA DEL PROCESSO	CHIAREZZA DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELL'ATTIVITÀ	RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA	COMPETENZE DEL PERSONALE			INTERESSE ESTERNO	DISCREZIONALITÀ	
Ricezione della proposta tramite applicativo informatico, con dettaglio del progetto per prestazioni/servizi	Assegnazione del documento con applicativo informatico	DAISMDP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Contenuti di dettaglio della proposta	Condivisione del contenuto del progetto da parte del Responsabile di UOC, previo coinvolgimento degli altri professionisti cointeressati e del Direttore DAISMDP	DAISMDP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Trasmissione della convenzione all'Associazione/Ente tramite applicativo informatico per la sottoscrizione	Ricezione, tramite applicativo informatico, del documento sottoscritto	DAISMDP UOC: CSM/SERD/UONPIA UFFICIO CONVENZIONI AUSL FE	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Ricezione della relazione delle attività svolte	Verifica degli esiti con visto formale di autorizzazione alla liquidazione da parte del Responsabile del progetto	DAISMDP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Ricezione della fattura/notula in piattaforma informatica	Emissione del mandato di pagamento	(DAISMDP UOC: CSM/SERD/UONPIA/FUNZIONI AMMINISTRATIVE) UOC Bilancio e Flussi Economici	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Rilevazione del bisogno documentato	L'equipe curante valuta la sussistenza dei requisiti e predispone il progetto individuale e la relazione in base al bisogno emerso; coinvolgendo a sconda dei casi, ETI/UVMper le fattispecie interessate	DAISMDP- UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Evidenza documentale di bisogno correlata al progetto individuale	Valutazione in UVM e/o in NVAI, della appropriatezza della progettualità ed autorizzazione da parte della direzione DAISMDP	DAISMDP- UOC: CSM/SERD/UONPIA ASP/Comune	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no
Discussione su base documentale	Trasmissione del verbale con sistema informatico, previa firma di autorizzazione/validazione definitiva da parte del Direttore DAISMDP	DAISMDP- UOC: CSM/SERD/UONPIA ASP/Comune	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no

Richiesta di Incontro	Sottoscrizione del progetto/prestazione/servizio	DAISM DP- UOC: CSM/SERD/UONPIA ASP/Comune	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Gestione della documentazione ricevuta	Affidamento del servizio/contratto e trasmissione dati correlati alla fatturazione	DAISM DP- UOC: CSM/SERD/UONPIA/Funzioni amministrative UOC Economato e contratti	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili di uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Fatture arrivate tramite applicativo/sistema informatico	Pagamento fatture	DAISM DP- UOC: CSM/SERD/UONPIA/Funzioni amministrative UOC Bilancio e Flussi Economici	F. Inibente alto	Analisi di banche dati	no	no	no								
Evidenza documentale	Necessità di attivare Progetti terapeutici riabilitativi individuali	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Bisogno clinico individuale	Predisposizione progetto individuale	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Trasmissione schede progetto	Pre analisi schede progetto	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Proposta progetto di cura	Evidenza documentale: verbale NVAI	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Verbale NVAI	Autorizzazione all'erogazione del sussidio e pubblicazione ordinanza di liquidazione dello stesso	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA/Funzioni Amministrative UOC Economato e contratti	F. Inibente alto	Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità	no	no	no								
Comunicazione di realizzazione del progetto di cura tramite applicativo informatico	Emissione mandato di pagamento	DAISM DP UOC: CSM/SERD/UONPIA/Funzioni Amministrative UOC Bilancio e Flussi Economici	F. Inibente alto	Analisi di banche dati	no	no	no								

INDICATORI DI RISCHIO				EVIDENZE DOCUMENTALI	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO	MISURE GENERALI ATTUATE	MISURE SPECIFICHE ATTUATE	AUTOVALUTAZIONE ATTIVITÀ	MOTIVAZIONE DELL'AUTOVALUTAZIONE	PROGRAMMAZIONE MISURE DI PREVENZIONE SOLO IN PRESENZA DI RISCHIO MEDIO /ALTO				RESPONSABILE PROCESSO/ATTIVITÀ	VALUTAZIONE RPCT
EVENTI CORRUTTIVI PASSATI	OPACITÀ	COLLABORAZIONE CON RPCT	ATTUAZIONE MISURE							MISURE DI PREVENZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET		
no	no	si	si	Linee guida aziendali e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controlli e verifica esiti	Rischio ridotto	Trattasi di mera ricezione della proposta di progetti per servizi/prestazioni che spesso sono a titolo gratuito ovvero di modico valore					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Controllo documentale	Rischio ridotto	Il progetto è supervisionato trasversalmente da più professionisti compreso il coinvolgimento del Direttore di Dipartimento					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale	Rischio ridotto	Formalizzazione dell'attività già oggetto di analisi e condivisione tra più attori coinvolti nel processo					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Convenzione	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo contenuti	Rischio ridotto	Attività oggettiva di verifica circa la corrispondenza degli obiettivi previsti in convenzione con la dichiarazione degli obiettivi raggiunti, effettuata trasversalmente					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, relativa alla liquidazione ed all' emissione del mandato di pagamento	Rischio ridotto	Trattasi di mera attività operativa, che scaturisce dalla dichiarazione di raggiungimento degli obiettivi e, gestita con sistema informatizzato					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Linee guida operative e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo incrociato trasversale	Rischio ridotto	Individuazione oggettiva del bisogno clinico e controllo équipe multiprofessionale cui segue l' approvazioni in NVAI					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Valutazione del progetto di cura in: 1 NVAI (organismo articolato dalla presenza dei Direttori di UOC e/o Direttori di modulo, dei clinici del caso, degli Assistenti Sociali e presieduto dalla direzione di dipartimento. 2 LIVM/organismo	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Controllo a campione e controllo incrociato multiprofessionale	Rischio ridotto	Proposta realizzata in équipe con eventuale pre analisi in ETI					DIRETTORE DAISM-DP	
no	no	si	si	Linee guida operative e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo a campione, controllo incrociato tramite diverse banche dati	Rischio ridotto	Coinvolgimento di una pluralità di professionisti con competenze trasversali					DIRETTORE DAISM-DP	

no	no	si	si	Linee guida e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo incrociato tramite diverse banche dati	Rischio ridotto	Il controllo viene effettuato da una pluralità di professionisti che ricoprono ruoli diversi					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale	Rischio ridotto	Attività trasversale a più servizi con pluralità di operatori che verificano il processo congiuntamente/disgiuntamente					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida operative e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo delle fatture con documentazione agli atti, controllo incrociato documenti fiscali con prestazioni effettuate	Rischio ridotto	Controllo basato su diverse fonti documentali e controllo a campione tra referenti tra l'èquipe/Operatori Amministrativi					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Controllo a campione, controllo incrociato tramite diverse banche dati	Rischio ridotto	Trattasi di rivelazione oggettiva desumibile dalla banca dati degli utenti e dalla partecipazione di una pluralità di professionisti					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Controllo a campione,	Rischio ridotto	Proposta realizzata in équipe multiprofessionale					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo incrociato tramite diverse banche dati	Rischio ridotto	Attività trasversale tra servizi/professionisti					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida operative e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controlli	Rischio ridotto	Ulteriore valutazione della progettualità all'interno di un organismo allargato con validazione della direzione di dipartimento					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Linee guida operative e normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale,	Rischio ridotto	Attività amministrativa trasversale a più servizi i cui operatori verificano per competenza il processo congiuntamente/disgiuntamente					DIRETTORE DAISM-DP
no	no	si	si	Normativa regionale e nazionale	basso	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici Trasparenza. L'Inconferibilità ed incompatibilità. Comunicazione conflitto d'interesse, whistleblowing, formazione	Sistema informatizzato per la gestione documentale, controllo a campione, controllo incrociato tramite diverse banche dati	Rischio ridotto	Trattasi di mera attività operativa che scaturisce da controlli sostanziali pregressi e da evidenze in banca dati					DIRETTORE DAISM-DP

Le misure attualmente adottate consentono di mantenere in concreto il rischio corruttivo basso se non addirittura azzerato per l'utilizzo sempre maggiore di piattaforme informatiche, formazione più assidua del personale, adozione del nuovo codice di comportamento, l'introduzione delle segnalazioni tramite l'istituto del whistleblowing. La regolamentazione interna, il Controllo a campione e controllo incrociato multiprofessionale anche tramite diverse banche dati consentono di presidiare il processo in modo adeguato.

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE SULL'IMPARZIALITA' SOGGETTIVA DEI FUNZIONARI

E MOTIVARLE

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio

CLASSIFICAZIONE ANAC	AREA DI RISCHIO	MACROPROCESSO	DIP/UD	PROCESSO	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	UFFICI/SERVIZI/CONTOLETTI	FATTORI ABILITANTI / FATTORI INIBENTI										INDICATORI DI RISCHIO						EVIDENZE DOCUMENTALI	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO	MISURE GENERALI ATTUATE	MISURE SPECIFICHE ATTUATE	AUTOVALUTAZIONE ATTIVITA'	MOTIVAZIONE DELL'AUTOVALUTAZIONE	PROGRAMMAZIONE MISURE DI PREVENZIONE SOLO IN PRESENZA DI RISCHIO MEDIO /ALTO				RESPONSA BILE PROCESSO ATTIVITA'	VALUTAZIONE RPCT							
										CULTURA DELLA LEGALITA'	MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO	CONTROLLI AMMINISTRATIVI INTERNI/ESTERNI	TRASPARENZA DEL PROCESSO	CHIAREZZA DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELL'ATTIVITA'	RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA	COMPETENZE DEL PERSONALE	TECNICHE E FONTI INFORMATIVE	EVENTI RISCHIOSI ATTIVITA'	INTERESSE ESTERNO	DISCREZIONE NAUTA	EVENTI CORRUPTI VPASSATI	OPACITA'	COLLABORAZIONE CON RPCT	ATTUAZIONE MISURE							MISURE DI PREVENZIONE IN	TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE MISURE	INDICATO RI DI MONITOR AGGIO	TARGET									
																																						MISURE DI PREVENZIONE IN	TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE MISURE	INDICATO RI DI MONITOR AGGIO	TARGET			
GENERALI	CONTROLLI VERIFICHE ISPEZIONI E SANZIONI	AUTORIZZAZIONI	UOC PREVENZIONE NE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	RILASCIO AUTORIZZAZIONI	Ricorrenza Richiesta	Autorizzazione In Deroga All'uso Di Locali Interati O Seminterati (art 65 D.lgs. 81/08) ; Deroga All'altezza Dei Locali (art 63-64 D.lgs. 81/08) ;	Richiesta Di Autorizzazione In Deroga	Assegnazione	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio							Direttore UOC PSAL				
					Assegnazione	Ricezione Assegnazione Richiesta Autorizzazione In Deroga	Ricezione Assegnazione Richiesta Autorizzazione In Deroga	Istruttoria	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Direttore UOC PSAL		
					Istruttoria	Valutazione Richiesta	Valutazione Richiesta	Valutazione Della Documentazione e Relativa	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Direttore UOC PSAL		
					Sopraluogo Se Previsto	Valutazione Della Documentazione Relativa La Richiesta Con Conclusione Della Necessita Di Sopraluogo	Valutazione Della Documentazione Relativa La Richiesta Con Conclusione Della Necessita Di Sopraluogo	Verbale Di Sopraluogo	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Le misure attualmente adottate consentono di mantenere in concreto il rischio corrottivo basso per	Direttore UOC PSAL
					Rilascio Autorizzazione	Esito Della Valutazione Della Documentazione Relativa Alla Richiesta/ Esito Del Sopraluogo	Esito Della Valutazione Della Documentazione Relativa Alla Richiesta/ Esito Del Sopraluogo	Trasmisione Autorizzazione In Deroga/Dimiogo Autorizzazione	UOC PSAL	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Le misure sempre maggiore di piattaforme informatiche, formazione più assistita del personale, adozione del nuovo codice di	Direttore UOC PSAL
					Ricorrenza Richiesta	Esame Perm Amianto. Concessione Deroga Ai 30 Giorni Per La Rimozione Amianto Urgente (art 256, Comma 5 D.lgs. 81/08); Colloquio Distributori Di Carburanti; Commissione	Invio Piano Di Lavoro Per Rimozione Amianto Ai Sensi Dell'art. 256/81 Con Eventuale Richiesta Di Autorizzazione In Deroga	Assegnazione	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						l'introduzione delle segnalazioni tramite l'istituto del whistleblowing che determina nel soggetto titolare dell'attività un autocontrollo maggiore per evitare di essere segnalato. Infine la struttura organizzativa richiede trasversalità gestionale da parte di più soggetti ed Enti che limita fortemente il rischio corrottivo.	Direttore UOC PSAL
		Assegnazione	Definita Su Base Territoriale	Ricezione Del Piano/Concessione Deroga/Colloquio /Commissione	Istruttoria	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Direttore UOC PSAL				
		Istruttoria	Valutazione Richiesta	Valutazione Richiesta	Valutazione Della Documentazione e Relativa	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Direttore UOC PSAL				
		Sopraluogo Se Richiesto	Valutazione Della Documentazione Relativa La Richiesta Con Conclusione Della Necessita Di Sopraluogo	Valutazione Della Documentazione Relativa La Richiesta Con Conclusione Della Necessita Di Sopraluogo	Verbale Di Sopraluogo	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Rotazione del personale e formazione; comunicato ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						Direttore UOC PSAL				
		Rilascio Parere	Esito Della Valutazione Della Documentazione Relativa Alla Richiesta/ Esito Del Sopraluogo	Esito Della Valutazione Della Documentazione Relativa Alla Richiesta/ Esito Del Sopraluogo	Richiesta Integrato/Rilascio Autorizzazione Alla Esecuzione Dei Lavori In Deroga Ai 30 Giorni	UOC PSAL. Comune (commissione carburanti); Provincia (commissione tecnica legge 68)	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	Formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse; trasparenza.	Sistema informatizzato per registrazione delle attivita'; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio						UOC PSAL. Comune (commissione carburanti) ; Provincia (commissione tecnica legge 68)	UOC PSAL			

GENERALI										CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI										ITER 758										UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO										EMMISSIONE VERBALE DI PRESCRIZIONE E DI CONTRAVVENZIONE E ATTI CONSEGUENTI										UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO										VERIFICHE SPECIALISTICHE										UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO										ESECUZIONE E EMISSIONE DI VERBALE DI																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Acquisizione E Valutazione Della Documentazione	Acquisizione A Seguito Richiesta Documentale Durante Il Sopralluogo/ Consultazione In Sede Di Sopralluogo	Acquisizione A Seguito Richiesta Documentale Durante Il Sopralluogo/ Consultazione In Sede Di Sopralluogo	Valutazione Idoneità Della Documentazione	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio												Direttore UOC PSAL	curativo e veramente basso se non annullato proprio perché l'emergenza dell'attività richiede l'intervento di più figure anche esterne quali la Procura e i registrazioni su piattaforme informatiche che tracciano l'attività.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
																																												Eventuale Emissione Degli Atti Conclusivi Dell'attività	Invio Comunicazione Notizia Di Reato E Relazione Di Indagine Alla Procura E Atti Conseguenti	Esito Del Sopralluogo E Relazione Della Documentazione	Invio Richiesta Provvedimenti Urgenti (Inquesto Probatorio). Invio Comunicazione Preliminare/Invio Comunicazione Conclusiva Indagine In Procura	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio, delle misure attuate e la gestione delle pratiche da più soggetti anche esterni consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL																																																																																																																																																																																																																																																																																					
																																																																																				Emissione Verbale E Redazione Notizia Di Reato	L'attività È Parte Conclusiva Del Processo Di "attività Ispettiva"	Esito Attività Ispettiva E Della Valutazione Documentale	Verbale Di Prescrizione E Contravvenzione	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL																																																																																																																																																																																																																																																				
																																																																																																																												Sopralluogo Di Verifica Adempimento Nei Termini Previsti	Ricevuta Avvenuto Adempimento/Scadenza Termini Per L'adempimento	Ricevuta Avvenuto Adempimento/Scadenza Termini Per L'adempimento	Verbale Di Sopralluogo	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL	Le misure attualmente adottate consentono di mantenere in concreto il rischio curativo basso per l'utilizzo sempre maggiore di piattaforme informatiche; formazione più assidua del personale; adozione del nuovo codice di comportamento e l'introduzione delle segnalazioni tramite il sito del whistleblowing che determina nel soggetto titolare dell'attività un autocontrollo maggiore per evitare di essere segnalato. Infine il rischio curativo è veramente basso se non annullato proprio perché l'emergenza dell'attività richiede l'intervento di più figure anche esterne quali la Procura e i registrazioni su piattaforme informatiche che tracciano l'attività.																																																																																																																																																																																																											
																																																																																																																																																																				Ammissione A Sanzione Amministrativa (se Adempimento)	Verbale Di Sopralluogo	Verbale Di Sopralluogo	Invio Verbale Di Ammissione A Sanzioni Amministrative	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio, delle misure attuate e la gestione delle pratiche da più soggetti anche esterni consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL																																																																																																																																																																				
																																																																																																																																																																																																												Verifica Dell'avvenuto Pagamento	Verifica Ricevuta Pagamento Sanzione Amministrativa	Verifica Ricevuta Pagamento Sanzione Amministrativa	Ricevuta Di Avvenuto Pagamento Pago Pa/ Esito Verifica Con Mancato Adempimento/ Mancato Pagamento	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL																																																																																																																												
																																																																																																																																																																																																																																																				Comunicazione In Procura Per Archiviazione O Per La Ripresa Del Procedimento Penale	Ricevuta Di Avvenuto Pagamento Pago Pa/ Esito Verifica Con Mancato Adempimento/Mancato Pagamento	Ricevuta Di Avvenuto Pagamento Pago Pa/ Esito Verifica Con Mancato Adempimento/Mancato Pagamento	Comunicazione In Procura Esito Adempimento/ Mancato Pagamento	UOC PSAL	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	BASSO	Rotazione del personale e formazione; comunicazione ne del conflitto di interesse. L'attività viene eseguita sempre da almeno due operatori.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio									Direttore UOC PSAL																																																																																				
																																																																																																																																																																																																																																																																																												Ricezione Richiesta	Richiesta	Ricevuta Richiesta	Assegnazione Su Base Della Competenza Specifica	UOS IMPRANTISTICO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale (parziale)	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate fa ritenere basso il rischio. Per le specialistiche richieste risulta parzialmente eseguibile la rotazione								Direttore UOC PSAL																																							
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		Assegnazione	Su Base Della Competenza Specifica	Ricevuta Richiesta	Appuntamento Da Fisicare Per Eseguire La Verifica	UOS IMPRANTISTICO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione ne del conflitto di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale (parziale)	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate fa ritenere basso il rischio. Per le specialistiche richieste risulta parzialmente eseguibile la rotazione								Direttore UOC PSAL	

	ISPEZIONE E SANZIONI	ATTREZZATURE E IMPIANTI	AMBIENTI DI LAVORO	VERIFICA PERIODICA																																					
GENERALI	CERTIFICAZIONE				RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	ACCOGLIMENTO RICORSO O/DINIEGO CONTRO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE	Effettuazione Della Verifica	Appuntamento	Appuntamento	Effettuazione Verifica Strumentale E Valutazione Della Documentazione	UOS IMPIANTISTICO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale (parziale)	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate fa ritenere basso il rischio. Per le competenze specialistiche richieste risulta parzialmente eseguibile la rotazione					Direttore UOCP SAL	
								Emisione Del Verbale	Esito Della Verifica	Esito Della Verifica	Verbale Di Verifica	UOS IMPIANTISTICO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - BASSO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale (parziale)	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate fa ritenere basso il rischio. Per le competenze specialistiche richieste risulta parzialmente eseguibile la rotazione					Direttore UOCP SAL
								Ricevimento Ricorso	Presentazione Ricorso Da Parte Del Datore Di Lavoro E/O Del Lavoratore	Presentazione Ricorso Da Parte Del Datore Di Lavoro E/O Del Lavoratore	Accoglimento/Diniego	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Accoglimento/Diniego Ricorso	Diniego Se La Domanda E' Presentata Oltre I Termini Di Legge, Oppure Se Il Ricorso Non Rientra Tra Quanto Previsto All'art. 43 Com. 9 D. Lgs 81/08	Presentazione Ricorso Da Parte Del Datore Di Lavoro E/O Del Lavoratore	Acquisione Della Documentazione E Clinica; Delle Informazioni Sull'orario Di Lavoro, Mansioni E Dvr; Prima Visita Del Lavoratore	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Istruttoria	Acquisizione Della Documentazione Clinica; Delle Informazioni Sull'orario Di Lavoro, Mansioni E Dvr; Prima Visita Del Lavoratore	Accoglimento Ricorso	Valutazione Della Documentazione E Acquisita, Delle Informazioni Sull'orario Di Lavoro, Mansioni E Dvr; Prima Visita Del Lavoratore	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Sopraluogo Se Richiesto	Esito Valutazione In Fase Di Istruttoria	Esito Valutazione In Fase Di Istruttoria	Verbale Di Sopraluogo	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Visita Medica Collegiale	Accetta Ricorso	Accetta Ricorso	Esito Visita Medica	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - BASSO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Espressione Dei Giudizi Di Idoneità	Esito Visita Medica Collegiale	Esito Visita Medica Collegiale	Trasmissione Verbale Della Visita Medica Collegiale Con Esito Ricorso	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Presidente collegio medico UOCP SAL
								Comunicazione Fine Lavoro E Richiesta Certificazione	Comunicazione Fine Lavori Con Richiesta Di Campionamento	Comunicazione Fine Lavori Con Richiesta Di Campionamento	Assegnazione Per Esecuzione Ispezione Visuale Preventiva	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Direttore UOCP SAL
Ispezione Visuale Preventiva.	Verifica Dell'assenza Di Residui Di Materiale Contenente Amianto Entro L'area Bonificata.	Ricezione Comunicazione Fine Lavori Con Richiesta Di Campionamento	Effettuazione Ed Esito Ispezione Visuale Preventiva	UOCP SAL	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	F.I. - MEDIO	F.I. - ALTO	F.I. - ALTO	Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	BASSO	Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento.	Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale	BASSO	L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio					Direttore UOCP SAL								

| GENERALI | CERTIFICAZIONE | CERTIFICAZIONE RESTITIBILITÀ DI AMBIENTI BONIFICATI AMIANTO FRIBILE | UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO | PIANI DI LAVORO PER LA RIMOZIONE AMIANTO FRIBILE | Effettuazione Campionamenti | Esito Ispezione Visuale Preventiva Positivo | Esito Ispezione Visuale Preventiva Positivo | Raccolta Campione Da Analizzare | UOC PSAL | F.I. - ALTO | Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti. | NO | SI | NO | NO | NO | SI | SI | SI | BASSO | Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento. | Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale | BASSO | L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio | | | | | | Direttore UOC PSAL | del nuovo codice di comportamento e l'introduzione delle segnalazioni tramite l'istituto del whistleblowing che determina nel soggetto titolare dell'attività un autocontrollo maggiore per evitare di essere segnalato. Infine il rischio corruttivo è veramente basso se non annullato proprio perché l'emergenza dell'intervento di più figure anche esterne e quali la Procura e registrazioni su piattaforme informatiche che tracciano l'attività. |
|----------|----------------|---|--|--|-----------------------------|---|---|---|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|--|---|-------|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|
| | | | | | Analisi Dei Risultati | Verifica Esito Campionamenti | Verifica Esito Campionamenti | Valutazione Esito Campionamento | UOC PSAL | F.I. - ALTO | Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti. | NO | SI | NO | NO | NO | SI | SI | SI | BASSO | Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento. | Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale | BASSO | L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio | | | | | | Direttore UOC PSAL | |
| | | | | | Risarcio Certificazione | Esito Analisi Campione | Esito Analisi Campione | Trasmissione Certificazione Di Restituibilità | UOC PSAL | F.I. - ALTO | Risultanze dell'analisi della mappatura dei processi. Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti. | NO | SI | NO | NO | NO | SI | SI | SI | BASSO | Formazione. Comunicazione dei conflitti di interesse. Codice di comportamento. | Sistema informatizzato per registrazione delle attività; sistema informatizzato per la gestione documentale | BASSO | L'esame degli indicatori di rischio e delle misure attuate consente di ritenere basso il rischio | | | | | | Direttore UOC PSAL | |

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

PROCESSI ICT

Pianificazione e programmazione dello sviluppo del sistema informativo. Innovazione tecnologica

Gestione dei sistemi informatici e delle reti di comunicazione

Pianificazione e sviluppo delle applicazioni software

Ufficio per la transizione digitale

Responsabilità e gestione della sicurezza informatica

Gestione contratti ICT

**AREA RISCHIO:
MAPPATURA DEI PROCESSI**

PROCESSO	prog	FINALITA'/FASE/ATTIVITA'	INPUT	OUTPUT	MACRO PROCESSI COINVOLTI
Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati	1				Pianificazione e sviluppo delle applicazioni software, delle banche dati e delle infrastrutture di elaborazione delle informazioni nell'ottica della tutela della riservatezza
			Acquisizione di assett	Gestione in sicurezza e dismissione di Asset	
	1.1	Validazione in fase di acquisizione			
	1.2	Presa in carico e gestione			
	1.3	Dismissione sicura degli assett al termine del ciclo di vita			
Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati	2				Pianificazione e sviluppo delle applicazioni software Gestione dei sistemi informatici, delle banche dati e delle reti di comunicazione al fine di tutelare l'integrità del dato
			Acquisizione di applicativi ed assett volti alla elaborazione dei dati	Gestione in sicurezza e dismissione di Asset	
	2.1	Validazione			
	2.2	Presa in carico			
	2.3	Configurazione secondo le specifiche del titolare/responsabile			

Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersicurezza)	3				Gestione degli asset informatici e dei Dispositivi medici e delle reti di comunicazione al fine di tutelare la continuità di servizio
			Richiesta di intervento	Rapporto d'intervento	
	3.1	Validazione (in particolare discriminare fra guasto ed evento di Cybersicurezza)			
	3.2	Presa in carico			
	3.3	Effettuazione dell'intervento volto a ripristinare la continuità di servizio			
Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza	4				Responsabilità e gestione della sicurezza informatica
			Asset, processi aziendali e analisi dei rischi	Sistema di gestione della sicurezza informatica formalizzato	
	5.1	Analisi dei rischi			
	5.2	Implementazione delle misure di protezione			
	5.3	Implementazione dei sistemi di monitoraggio			
	5.4	Implementazione delle misure di contenimento e ripristino e gestione delle "Lesson Learned"			
Gestione Contratti ICT	5				Responsabilità e gestione della sicurezza informatica
			Asset, processi aziendali e analisi dei rischi	Sistema di gestione della sicurezza informatica formalizzato	
	5.1	Analisi dei rischi Corruzione			

AREA RISCHIO: PROCESSI ICT

Nota bene: nel presente documento sono riportati in forma sintetica rischi e misure collegate alla prevenzione della corruzione. Per un quadro più generale dell'analisi del rischio cyber effettuata dal Servizio ICT, delle relative misure di prevenzione e della loro programmazione, si rimanda al "Documento delle misure tecniche ed organizzative per la sicurezza informatica" nella sua ultima versione (attualmente rev 3 del 15/04/2024), nonché al Piano della Sicurezza periodicamente aggiornato dal Servizio ICT (attualmente PG 12355 del 18/03/2025).

REGISTRO DEI RISCHI

prog	PROCESSO/PASS	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	MONITORAGGIO E INDICATORI	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
1.0	Gestione della Riservatezza delle informazioni nell'ambito dei trattamenti effettuati	Accesso indebito di personale autorizzato / abuso delle credenziali / accesso indebito da parte di personale non autorizzato; a) Comunicazione di informazioni a soggetti terzi non autorizzati che ne possono trarre vantaggio;	altro				* Mancanza di proceduralizzazione delle attività legate al processo; * Difficoltà di delimitazione del campo di azione e di monitoraggio delle attività degli amministratori di sistema. Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo.	BASSO	sensibilizzazione e partecipazione	a) Prevenzione del rischio di comunicazione fraudolenta di informazioni: * mirata attribuzione di responsabilità a personale adeguatamente formato; * registrazione di ogni accesso ai dati nel log di sistema; * implementazione di strumenti di reportistica ed analisi avanzate dei log di sistema (in corso).	Verifica periodica a campione dell'attività degli amministratori di sistema	ICT e altri Servizi responsabili	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	N° di accessi anomali	→ 0	annuale	
2.0	Gestione dell'integrità delle informazioni gestite nell'ambito dei trattamenti effettuati	Alterazione o cancellazione di dati ed informazioni a seguito di accesso indebito o anche legittimo: a) Alterazione o cancellazione di dati ed informazioni a favore di soggetti terzi non autorizzati	altro				* Mancanza di proceduralizzazione delle attività legate al processo; * Difficoltà di delimitazione del campo di azione e di monitoraggio delle attività degli amministratori di sistema. Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo.	BASSO	sensibilizzazione e partecipazione	a) Prevenzione del rischio di alterazione/cancellazione fraudolenta delle informazioni:	Verifica periodica a campione dell'attività degli amministratori di sistema	ICT e altri Servizi resp	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	N° di accessi anomali	→ 0	annuale	La misure attualmente adottate consentono di mantenere in concreto il rischio corrottivo basso se non addirittura azzerato per l'utilizzo sempre maggiore di piattaforme informatiche, formazione più assidua del personale, adozione del nuovo codice di comportamento, l'introduzione delle segnalazioni tramite l'istituto del whistleblowing. La verifica periodica a campione, la registrazione di ogni accesso ai dati e la regolamentazione interna consentono di presidiare il processo in modo adeguato.
3.0	Gestione della continuità di servizio dei trattamenti effettuati (sia per guasti che per eventi di cybersecurity)	Ritardo od omissione fraudolenta di risoluzione del guasto o di risoluzione di evento di Cybersecurity	grado di attuazione delle misure di trattamento		inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi		* Non sempre gli interventi sono svolti in modo tempestivo ed efficace a causa di sottovalutazione o analisi parziale del problema. In altri casi il ritardo nella risoluzione del problema può essere causato da una scarsa proceduralizzazione delle attività di ripristino. Questi fattori possono produrre conseguenze sulla continuità operativa anche di strutture critiche, ma in genere non è frutto di una volontà fraudolenta bensì di procedure non sempre ben definite o scarsa consapevolezza.	BASSO	controllo	* Implementazione di procedure di ripristino e formazione del personale	monitoraggio tempi di ripristino e indicatori di mancata funzionalità delle infrastrutture chiave	ICT	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	N° di non conformità rilevate	→ 0	annuale	
4.0	Implementazione, manutenzione e gestione del sistema di gestione della sicurezza	Bypass o abbassamento delle misure di sicurezza, allo scopo di facilitare un accesso fraudolento all'infrastruttura ICT Mascheramento o ritardata segnalazione di una intrusione o violazione di sicurezza	grado di attuazione delle misure di trattamento				* Proceduralizzazione e pianificazione delle attività legate al processo da migliorare; * Difficoltà di dedicare all'attività, possibilmente a tempo pieno, personale con specifica professionalità. Questi fattori in realtà sono mitigati da attribuzione di responsabilità a personale in possesso dei requisiti di professionalità e competenza adeguati per il ruolo, nonché da numerose misure di sicurezza in atto e in corso di sviluppo relativamente al tema generale della cybersecurity, e che comunque incidono positivamente anche sui rischi corrottivi.	BASSO		* backup dei dati giornalieri. Suddivisione dei compiti operativi fra più interlocutori secondo il principio del mutuo controllo.	Secondo le linee guide di Politiche e Procedure di Sicurezza aziendali	ICT	Secondo le linee guide di Politiche e Procedure di Sicurezza aziendali	Secondo le linee guide di Politiche e Procedure di Sicurezza aziendali	Secondo le linee guide di Politiche e Procedure di Sicurezza aziendali	Secondo le linee guide di Politiche e Procedure di Sicurezza aziendali	
5.0	Gestione Contratti ICT	Mancanza di trasparenza su gli acquisti	altro				Assenza di procedure codificate; parcellizzazione dei fornitori e delle procedure di acquisto;	BASSO	controllo	verifiche e controlli condivisi con i servizi aziendali interessati e servizi di Ar	secondo linee guida aziendali	ICT	secondo linee guida aziendali				

INDICATORI RISCHIO

livello di interesse esterno
grado di discrezionalità del decisore interno
manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo
opacità del processo decisionale
grado di attuazione delle misure di trattamento
altro

STIMA INDICATORI DI RISCHIO

ALTO
MEDIO
BASSO

TIPOLOGIA DI MISURA

controllo
trasparenza
definizione e promozione dell'etica e di std di comportamento
regolamentazione
semplificazione
formazione
sensibilizzazione e partecipazione
rotazione
segnalazione e protezione
disciplina del conflitto di interessi
regolazione dei rapporti con portatori di interessi particolari

FATTORI ABILITANTI

mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli
mancanza di trasparenza
eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi
scarsa responsabilizzazione interna
inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi
inadeguata diffusione della cultura della legalità
altro

TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA

misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente
misura da programmare nel triennio del PTPCT

TEMPI DI MONITORAGGIO

annuale
semestrale
bimestrale
mensile
al bisogno

Registro dei rischi e misure di prevenzione - aggiornamento 2023

Servizio Comune Economato e Gestione Contratti
 Direttore: **Dott. Andrea Ferrocchi**

Processo	Attività	Descrizione evento a rischio	Descrizione della misura specifica	Tipologia di misura	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Target	Responsabile del monitoraggio di I livello	Responsabile del monitoraggio di II livello
1. Certificazione capacità tecnica ditte e fatturato. Trattasi di attività effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, riferite a: Attrezzature sanitarie, economici e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore una ditta tramite dati mandati	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" - APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL D.LGS.50/16 E S.M.I. E UTILIZZO DI DATI UFFICIALI FORNITI DAL SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO AZIENDALE	Misura di trasparenza		X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
2. Acquisti in affidamento diretto. Trattasi di acquisizioni effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, riferite a: Attrezzature sanitarie, economiche e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore ditte/le. TRATTASI DI ACQUISIZIONI NELLE QUALI VANNO SEMPRE GARANTITI I PRINCIPI DI TRASPARENZA,PARITA' DI TRATTAMENTO,NOTAZIONE DELLE DITTE, IMPAZZUALITÀ E L'APPLICAZIONE DELLE NORME E REGOLAMENTI VIGENTI. - POSSIBILE EVENTO RISCHIOSO E' RAPPRESENTATO DALLA MANCATA APPLICAZIONE DI QUANTO DESCRITTO SOPRA	Regolamento per l'acquisizione in economia di beni e servizi- APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL D.LGS.50/16 E S.M.I. E LINEE GUIDA ANAC E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI (D.LIBERA 105-2017) RELATIVE ALLE MODALITÀ OPERATIVE DA UTILIZZARE PER AFFIDAMENTI DI FORNITURE DI SERVIZI INFERIORI A 40.000 EURO	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
3. Appalto pubblico di forniture a rilievo comunitario. Trattasi di acquisizioni effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, riferite a: Attrezzature sanitarie, economici e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore ditte/le	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"	Misura di controllo		X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
4. Emissione ordini di fornitura su contratti entro i budget e ricorrenza fatture. Trattasi di procedure effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, e vigenti normative riferite a: Attrezzature sanitarie, economiche e informatiche. Beni economici di consumo-		Favore ditte/le. TRATTASI DI EMISSIONE ORDINATIVI DI FORNITURA DA EFFETTUARE AI SENSI DEL D.LGS.50/2016 E S.M.I. E LINEE GUIDA ANAC TRAMITE UTILIZZO DI PROCEDURE DI EMISSIONE ORDINI CONFORMI ALLE NORMATIVE VIGENTI E ALLE DISPOSIZIONI AZIENDALI.	Monitoraggio in loco quando previsto	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
5. Subappalto e cessione del contratto. Trattasi di procedure effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, riferite a: Attrezzature sanitarie, economici e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore ditte/le	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" - ATTENERSI A QUANTO DISPOSTO DA D.LGS.50/16 E S.M.I. ALLA NORMATIVA VIGENTE	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
6. Acquisti sottoglia Comunitaria. Trattasi di acquisizioni effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, riferite a: Attrezzature sanitarie, economici e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore ditte/le	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" - ATTENERSI A QUANTO DISPOSTO DA D.LGS.50/16 E S.M.I. LEGGI NAZIONALI E REGIONALI IN MATERIA E REGOLAMENTI AZIENDALI	Misura di controllo		X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
7. Affidamento di forniture tramite convenzione. Trattasi di acquisizioni/procedure effettuate ai sensi del Codice appalti D.lgs.50/2016 e s.m.i. e Linee Guida Anac, e vigenti normative riferite a: Attrezzature sanitarie, economici e informatiche - Beni economici di consumo-		Favore ditte/le	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" - ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI TRAMITE CONVENZIONI INTERCETERA O COMP- ATTENERSI A QUANTO DISPOSTO DAL D.LGS.50/16 E S.M.I. NORMATIVA ULTERIORE NAZIONALE E REGIONALE IN MATERIA E REGOLAMENTI AZIENDALI	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
8. Donazioni/cessioni e comodati. Trattasi di procedure effettuate ai sensi delle vigenti normative e regolamenti aziendali riferite a: Donazioni/cessioni e comodati per Beni mobili e attrezzature		Donazioni/cessioni e comodati di beni ancora utilizzabili a Associazioni con cui si intrattengono rapporti-ATTENERSI A QUANTO DISPOSTO DALLE VIGENTI NORMATIVE E DA SPECIFICO REGOLAMENTO AZIENDALE RELATIVO A: DONAZIONI, CESSIONI E COMODATI-	L. 190/2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'Integrità nella pubblica amministrazione - APPLICAZIONE NORMATIVA VIGENTE E REGOLAMENTI AZIENDALI ANCHE IN MATERIA DI ACCETTAZIONE DONAZIONI	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
9. Pagamento a liquidazione spese tramite cassa economica e relativa richiesta reintegro fondo economica. Trattasi di Pagamenti e liquidazioni spese tramite cassa economica e relative richieste reintegro fondo economica effettuate ai sensi delle vigenti normative e relative regolamenti.		Favore rimborsi di spesa non spettanti. ATTENERSI A QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE E APPLICARE SPECIFICO REGOLAMENTO E DELIBERE AZIENDALI IN TEMA DI GESTIONE CASSE ECONOMICHE CENTRALI E PERIFERICHE	L. 190/2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'Integrità nella pubblica amministrazione	Misura di controllo		X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
10. Utilizzo dei beni e delle risorse aziendali. PROCESSO PREVISTO L'UTILIZZO DI BENI MOBILI, ARREDI, ATTREZZATURE INFORMATICHE,CANCELLERIA E STRUMENTI TELEFONICI-		Inadatto utilizzo di linee telefoniche, fisse e mobili, di internet e posta elettronica, auto aziendale e di altri beni per scopi strettamente personali. RISULTA INDISPENSABILE VERIFICARE L'APPLICAZIONE DI TUTTE LE NORME VIGENTI E REGOLAMENTI AZIENDALI RELATIVE ALL'ATTIVITÀ DI UTILIZZO BENI AZIENDALI AL FINE DI PREVENIRNE L'INDEBITO USQUUTILIZZO	Codice di Comportamento. Adozione di un Codice di comportamento che integri lo specifico il Codice adottato dal governo. RISPETTARE QUANTO DISPOSTO DALLE VIGENTI NORMATIVE E DAL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE	Misura di regolamentazione	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT
11. Inventarizzazione e cancellazione dall'inventario beni mobili		Favore una determinata Struttura rispetto ad altra	D.lgs. 50/2016 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"	Misura di controllo	in atto	X	X	X			Direttore della Struttura	RCT

LINEE GUIDA PER IL COORDINAMENTO NEI PIANI TRIENNALI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DI PROCESSI, RISCHI E MISURE TRA INTERCENTER-ER E AZIENDE SANITARIE RER

Premessa

Il progressivo consolidamento delle analisi e delle conseguenti misure in materia di prevenzione della corruzione in Regione Emilia-Romagna e presso le Aziende sanitarie della Regione si è caratterizzato negli ultimi anni per una serie di iniziative di carattere generale e specifico che promuovono un miglior livello di coordinamento tra tali enti, anche in attuazione di quanto previsto dai Piani Nazionali Anticorruzione.

Tra le prime va ricordato l'Art. 15 della Legge regionale 18/2016 (TU sulla legalità) che ha previsto l'attivazione della Rete per l'Integrità e la trasparenza, caratterizzata da un respiro molto ampio e che vede coinvolte le numerose amministrazioni pubbliche che operano nella Regione e loro associazioni.

Tra le seconde si inseriscono l'istituzione di un unico OIV presso la Regione per tutte le Aziende sanitarie ma soprattutto la formalizzazione con determinazione n.19717 del 5/12/2017 del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, già attivo dal 2016. In tale ambito nel corso del 2018 è stato attivato uno specifico approfondimento per rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercenter-ER che, quale ente strumentale della Regione Emilia-Romagna, è inserita nel PTCP della suddetta Regione, e Aziende sanitarie nella filiera degli acquisti. Come noto, si tratta di area di rischio particolarmente critica per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario. ANAC ha compiuto numerosi interventi sul tema, a partire dal PNA 2015 in termini generali e nel PNA 2016 specificamente per il settore sanitario; in quest'ultimo documento è presente uno specifico paragrafo "Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori" che indicava che in tale ambito *"il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e alla esecuzione dei contratti. I profili di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche da aggiungere a quelle del processo più generale"*.

Il risultato del lavoro svolto da uno specifico gruppo (cui hanno partecipato: RPCT della Regione, Direttore Intercenter-ER e suoi collaboratori, funzionari del Servizio regionale Amministrazione SSR, OIV-SSR, alcuni RPCT e i provveditori coordinatori delle Aree Vaste) è riassunto nel presente documento e nei suoi allegati. Tali documenti intendono costituire un punto di riferimento comune e condiviso per i processi di acquisto che i vari soggetti coinvolti dovranno "calare" secondo le modalità ritenute più opportune nel proprio PTPCT (a partire da quello 2019-2021) con specifico riferimento ai processi di acquisto che vedono una interazione diretta tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie ed in relazione allo stato di avanzamento dei rispettivi PTCP. Il lavoro avviato

in questa fase sarà comunque oggetto di ulteriori approfondimenti e di monitoraggio nella sua applicazione per valutare l'esigenza di eventuali interventi correttivi o integrativi.

L'obiettivo infatti è migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte per la prevenzione della corruzione nei processi di acquisto, con un approccio effettivamente sistemico, evitando che la (necessaria ed opportuna) collaborazione tra soggetti diversi crei spazi di incertezza nell'applicazione della normativa e dei regolamenti interni.

Approccio metodologico

Nelle Aziende sanitarie RER sono attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende, le Aree Vaste ed IntercentER.

I diversi PTPCT delle Aziende e quello della Regione (cui fa capo Intercent-ER) trattano già l'argomento; tali documenti hanno rappresentato quindi il necessario punto di partenza del lavoro svolto per la predisposizione del presente documento. Infatti, risulta evidente che azioni di prevenzione della corruzione nei processi di acquisto sono state sviluppate in modo molto articolato da diversi anni e sono già attive e consolidate: si ritiene che tale esperienza vada confermata e, soprattutto, sistematizzata in particolare nelle relazioni tra i diversi soggetti coinvolti.

L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie della Regione ER si svolge stabilmente su tre livelli:

1. un livello regionale, di cui è responsabile in termini di procedure l'Agenzia IntercentER, cui compete, tra l'altro, la sintesi della programmazione degli acquisti di Beni e Servizi della regione Emilia-Romagna (Masterplan);
2. un livello di Area Vasta, dove operano articolazioni organizzative interaziendali dedicate;
3. un livello Aziendale, dove operano i diversi servizi che, a seconda dell'organizzazione aziendale, hanno competenza in materia di acquisti di beni e servizi e, in alcuni casi, di procedure di affidamento di lavori.

Su tale base, e grazie agli approfondimenti compiuti nelle riunioni del Gruppo di lavoro, sono state individuate:

- Una serie di misure aventi carattere generale.
- Una serie di misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

Tali misure sono descritte di seguito.

Per la definizione delle fasi del processo di acquisto si è assunto quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo "AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI" del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/2015).

Misure di carattere generale

Una serie di misure e scelte procedurali ed organizzative (alcune peraltro già in essere e consolidate da tempo) rappresentano di per sé, se coerentemente adottate, interventi che riducono il rischio corruttivo in senso lato nei processi di acquisto. Esse impattano positivamente su numerose fasi del processo stesso: per questo motivo vengono qui trattate in modo unitario, ma sono poi richiamate nelle fasi in cui trovano concreta applicazione.

Segregazione delle funzioni

La presenza di più soggetti appartenenti a diverse Aziende sanitarie ed alla Centrale Regionale quali attori che intervengono nella “filiera” in differenti processi, già di per sé, aiuta ad andare nella direzione suggerita da ANAC nei propri PNA.

Le decisioni risultano infatti diffuse su più soggetti ed in fasi diverse, e questo giova ai fini di un controllo all'interno dell'articolazione del processo.

Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto

Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.

Corretta gestione dei conflitti di interesse

Entro la fine 2019, si prevede – quale nuova misura da attuare in modo uniforme da parte di tutte le Aziende nei rapporti con IntercenterER – una regolamentazione per la nomina dei commissari e dei partecipanti ai Gruppi tecnici che preveda:

- La verifica sostanziale dell'assenza di conflitti di interesse (in carico alle Aziende prima della designazione) tenendo conto delle dichiarazioni che ogni Azienda sta raccogliendo ai sensi del Codice di comportamento dei Dipendenti e delle altre informazioni a disposizione.
- La raccolta di una specifica dichiarazione da parte dell'interessato relativamente all'assenza di conflitti di interesse, da conservare agli atti della procedura.

La definizione delle modalità attuative (mediante linee guida e/o regolamenti) da prevedere nei PTPCT 2019-2021 è posta in carico ai responsabili dei Servizi Acquisti, da attuare entro il 2019.

Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica

Tale modalità, introdotta dal Codice dei contratti a far tempo dal 18.10.2018 ma per le Aziende del SSR Emilia-Romagna già dal 1.10.2017 in forza della DGR n. 2194/2016, assicura una maggiore garanzia e tracciabilità nelle fasi che vengono gestite con questi strumenti che sottraggono alcuni passaggi all'intervento manuale con evidenti minori rischi di errore o, peggio, di comportamenti “distorsivi”.

Il sistema adottato in Emilia-Romagna è denominato SATER

(<https://piattaformaintercenter.regione.emilia-romagna.it/portale/>), realizzato in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del D.lgs. 50/2016, e che garantisce i necessari livelli di sicurezza e segretezza mediante una piena tracciabilità delle operazioni svolte e un articolato sistema di profilazione degli utenti che assicura, in particolare, la segretezza dei partecipanti alle procedure di gara e delle offerte, tecniche, economiche ed amministrative, collocate a sistema. Esso garantisce anche la gestione degli eventuali malfunzionamenti e/o data breach.

Costante flusso informativo fra IntercenterER ed Aziende sanitarie

Rappresenta un elemento di grande importanza per evitare asimmetrie informative e per fare emergere anomalie, comportamenti opportunistici ed altro.

Reportistica e benchmark

Una volta definite misure ed indicatori risulta opportuno che periodicamente si proceda alla loro valorizzazione ed alla divulgazione, mediante la redazione di appositi report, partendo da quanto già ordinariamente prodotto da IntercenterER per le Aziende. Per avviare tale percorso, saranno programmati periodici incontri (almeno due nel corso del

2019) tra IntercentER ed il tavolo di Coordinamento RPCT; risulta infatti di grande utilità il confronto fra i valori delle diverse aziende/aree vaste al fine di evidenziare anomalie o situazioni critiche.

Misure di carattere specifico

Nella tabella allegata "Mappatura dei processi" sono riportate le diverse fasi in cui si articola il processo di acquisizione di beni e servizi sviluppate in coerenza con le macrofasi e le successive sotto fasi individuate da ANAC.

Per ciascuna di esse vengono evidenziati:

- Rischi (COLONNA D): sono descritti in maniera discorsiva i rischi, senza procedere ad una loro valorizzazione, in quanto ogni amministrazione (Regione o Azienda sanitaria) può adottare a tal fine metodologie differenti di misurazione e/o ponderare in modo differente la propria specifica situazione.
- Anomalie significative (COLONNA E): sono riportati eventi "sentinella" che possono verificarsi e devono indurre a porre in essere analisi relative all'operato.
- Misure specifiche (COLONNE F - G): sono elencate sia misure in essere che misure da attuare. Si è cercato di individuare misure il più possibile omogenee fra le Aziende ed Intercent-ER. Una volta condivise le misure, sarà necessario definire le relative responsabilità e, per quelle ancora da attivare, i tempi di attuazione.
- Misure generali (COLONNA H), con indicazione delle misure applicabili a quella specifica fase/processo.

Ogni Amministrazione dovrà poi, riportando i vari elementi nel proprio PTPCT, individuare gli indicatori, i responsabili e le tempistiche di attuazione sulla base delle proprie specificità organizzative.

Allegati:

Mappatura processi e misure

FASE		RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	
1 - Programmazione	1.1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti					
	1.2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; 2) Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione; 2) ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento;	Segregazione funzioni Flussi informativi Reporting	1) Definizione congiunta della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempistiche definite; 2) Condivisione di linee guida / istruzioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione della programmazione 3) Pubblicazione della programmazione e degli aggiornamenti 4) Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione (parte aziendale da realizzare - parte regionale già in essere Rif. DGR. 744 del 21.05.18) ; 5) Controllo dei tempi di attivazione delle procedure di gara in relazione alle scadenze contrattuali; 6) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo, monitoraggio ed interventi sostitutivi; 7) Pubblicazione di report periodici relativi all'attuazione della programmazione	
	1.3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)					
	2.1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2) Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate		1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio; 3) Definizione di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio;
	2.2	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 2) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregatori	Flussi informativi Reporting	1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori	
	2.3	Individuazione RUP (o sostituzione)	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto; 2) Predisposizione ed acquisizione della modulistica relativa alle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse	
	2.4	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato		Adeguate livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato	
	2.5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilità dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	1) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse	1) Regolamentazione delle procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività; 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata all'attestazione della infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto; 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni; 4) Utilizzo del "Dialogo tecnico" e sua regolamentazione (pubblicità)	Si ritiene che questa misura non possa applicarsi ad Intercenter-ER che effettua direttamente o riceve dai competenti servizi dell'assessorato alla Sanità, le indagini di mercato volte ad accertare l'infungibilità (esclusiva industriale) di un bene/servizio

		FASE	RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	
2 - Progettazione	2.6	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	1) 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. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche 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; 3) 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		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Reporting	1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione da definire entro il 2019 (rif. DGR 744 del 2018) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi; 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti;		
	2.7	Quantificazione dei fabbisogni di gara	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;		Segregazione Funzioni Utilizzo procedure informatizzate	1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni; 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni;		
	2.8	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa.	1) elevato numero di procedure negoziate; 2) reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara; 3) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottoasoglia"			1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale. 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti	
	2.9	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) 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 3) 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 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; 5) 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		Segregazione delle funzioni	1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata; 5) Sottoscrizione da parte dei componenti del gruppo di un impegno alla riservatezza		
	2.10	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €.40.000	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				1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori	

FASE		RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER
3.1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità	1) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori; 2) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte	Procedure informatizzate Flussi informativi Reporting	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmisione della comunicazione; 2) Osservanza delle norme e delle linee guida; 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione	
3.2	Invio invito operatori economici (sottosoglia)	MISURE GIA' DEFINITE IN ALTRE FASI (2.9 - 2.10)				
3.3	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		Procedure informatizzate	1) Accessibilità della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte.	
3.4	Ricezione offerte			Procedure informatizzate		
3.5	Valutazione documentazione amministrativa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		Procedure informatizzate	1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando	
3.6	Nomina Commissione Giudicatrice (transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)	1) 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; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Reporting	1) Composizione della Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale, 2) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice.; 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. 4) Individuazione formale dei componenti della Commissione da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione condivisa delle modalità di individuazione 5) monitoraggio tempi di nomina; 6) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione	
3.7	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate Flussi Informativi Reporting	1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione	
3.9	Valutazione economica offerte			Procedure informatizzate		
3.10	Verifica di anomalia delle offerte	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate	1) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 2) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc 3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta	
3.11	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	1) 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.			1) Utilizzo sistema AVCPass. 2) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta nell'archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo.	
3.12	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.			Monitoraggio tempi	

3 - Selezione del contraente

FASE		RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	3.1 3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	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.			Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice
	3.1 4	Annullamento della gara/ Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento			Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca Controllo a campione su tutti gli atti amministrativi in relazione alle tipologie di atti di affidamento stabilita nell'anno precedente all'estrazione (non si tratta quindi di un controllo puntuale solo sugli atti di revoca).
	4.1	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposrti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		Flussi informativi Reporting	1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti; 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con IntercenterER
4.2	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori; 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto; 3) Formazione dei DEC e collaboratori	
5.1	Autorizzazione al subappalto	1) 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. 2) Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3) Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.			a) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. b) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi. c) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni. d) Comunicazione da parte di Intercenter alle aziende degli eventuali subappalti,	
5.2	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.		Flussi informativi Reporting	a) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti; b) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Azienda o da intercenter adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative; c) Trasmissione al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC; d) Monitoraggio di non sfioramento del "sesto quinto"	
5.3	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		Procedure informatizzate	1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni; 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche	

	FASE	RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER
5 - Esecuzione del Contratto	5.4 Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) 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 o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		Flussi informativi Reporting	1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. 3) Definizione procedure su "non conformità e acquisti in danno" 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza	
	5.5 Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		Flussi informativi Reporting	1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.	
	5.6 Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.			Rigorosa adesione al Codice degli appalti.	
	5.7 Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.			1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario. 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati. 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.	
6 - Rendicontazione del contratto	6.1 Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Rilascio del certificato di collaudo/regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	1) Verbali di collaudo conformi alla normativa. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse	

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

AREE DI RISCHIO

GENERALI

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

contratti pubblici

acquisizione e gestione del personale

gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

incarichi e nomine

affari legali e contenzioso

SPECIFICHE

attività libero professionali

Liste d'attesa

Rapporti con soggetti erogatori

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nella finestra con indicato "CLASSIFICAZIONE ANAC" inserire "G" o "S" a seconda che l'area di rischio rientri tra le Generali o in quelle Specifiche

TECNICHE E FONTI INFORMATIVE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI (ESEMPI)

Le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno realizzate nelle fasi precedenti

Le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi

L'analisi di eventuali casi giudiziari, di altri episodi di corruzione o cattiva gestione, accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili; analisi dei procedimenti disciplinari

Incontri / workshop / focus group con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità

Le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es.: *internal audit*) laddove presenti

Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es.: segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT)

Le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento

Il registro dei rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa (*benchmarking*)

Analisi di banche dati

...

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

MISURE GENERALI
La rotazione del personale *
Il pantouflage
La formazione
La comunicazione dei conflitti di interessi
L'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali
La trasparenza
Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
Il whistleblowing

* SE SI ADOTTANO MISURE ALTERNATIVE E' NECESSARIO INDICARLE E MOTIVARLE

MISURE SPECIFICHE
Sistema informatizzato per registrazione delle attività
Regolamento interno
Sistema informatizzato per la gestione documentale
Regolamento assegnazione borse di studio
check list delle attività da controllare
doppio controllo
controllo a campione
controllo incrociato tramite diverse banche dati

Tabella delle misure generali

Misura generale	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Codice di comportamento	Consegna Codice di comportamento all'atto dell'assunzione	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	Servizio Comune Gestione Personale	% consegna e sottoscrizione CC al momento dell'assunzione	100%	Semestrale	Comunicazione a RPCT
Codice di comportamento	Compilazione modulistica dichiarazioni pubbliche di interessi	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Tutto il personale	Responsabili strutture organizzative	% compilazione e aggiornamento moduli di attestazione assenza conflitto di interessi	>95%	Annuale	
Trasparenza	Verifica mediante attestazione dell'OIV-SSR della corretta pubblicazione in AT di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT	Controllo	In atto	X	X	X	Responsabili individuati nell'Allegato X del PTPCT	RPCT + OIV-SSR	% assolvimento obblighi pubblicazione predisposto da OIV-SSR a seguito di attestazione su indicazioni ANAC	>95%	Secondo indicazioni ANAC	
Trasparenza	Verifica interna della corretta pubblicazione in AT di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT con comunicazione a RPCT	Controllo	In atto	X	X	X	Responsabili individuati nell'Allegato X del PTPCT	RPCT	Rispetto tempi e completezza della comunicazione	>95%	Semestrale	
Trasparenza	Accesso Civico Generalizzato	Trasparenza	in atto	X	X	X	Strutture detentrici le informazioni oggetto di istanza	RPCT	Rispetto dei tempi	100%	Semestrale	
Trasparenza	Controllo da parte del RPCT delle info pubblicate (completezza, aggiornamento e apertura di formato)	Controllo	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT	% assolvimento obblighi di pubblicazione determinato da RPCT su 5 aree estratte a sorte (non incluse nell'attestazione ex delibera ANAC)	>95%	Entro fine ottobre	
Codice di comportamento	Registrazione accessi degli Informatori Scientifici/Specialist di prodotto	Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies)	In atto	X	X	X	Professionisti/Tutte le Strutture interessate	RPCT	% di richieste pervenute per Dipartimenti e Unità Operative		Annuale	
Sensibilizzazione del personale	Organizzazione corsi di formazione sulle tematiche della prevenzione della corruzione	sensibilizzazione e partecipazione	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT	% di partecipazione del personale	>70%	Annuale	
Whistleblowing	Gestione delle segnalazioni e misure di protezione del whistleblower	Segnalazione e protezione	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT	Rispetto tempi di gestione delle segnalazione e numero di segnalazioni pervenute	Monitoraggio	Annuale	
Rotazione ordinaria del personale	Attivazione di meccanismi di turnazione e rotazione rispetto ad attività critiche	Rotazione	In atto	X	X	X	Responsabili strutture organizzative	RPCT	Numero di operatori sottoposti a rotazione	Monitoraggio	Annuale	
Codice di comportamento	Gestione della formazione sponsorizzata da parte di soggetti esterni/privati	Regolamentazione	In atto	X	X	X	Professionisti/Ufficio Formazione	Ufficio Formazione	N° congressi all'anno per persona per Spensor	Monitoraggio	Annuale	
Incarichi extraistituzionali	Gestione inconferibilità-incompatibilità e conferimento incarichi extra-istituzionali	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	N° incarichi all'anno per azienda committente	Monitoraggio	Annuale	
Post employment pantouflage	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Professionisti	Servizio Comune Gestione Personale	Richiesta dichiarazioni all'atto del pensionamento	100%	Semestrale	
Patti di integrità	Consegna e richiesta di sottoscrizione ai fornitori	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	X	X	X	Servizio Comune Economato, Servizio Comune Tecnico	Servizio Comune Economato, Servizio Comune Tecnico	presenza Patto di integrità all'atto del contratto	100%	Semestrale	

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Tempi di attuazione: 2024	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
C o n c o r s o p e p r u s b o n l a i l c e d p i e r r u a o s l s o u n z i o n e	Definizione del bando e dei requisiti di partecipazione	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" - Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti	La normativa concorsuale declina i requisiti di accesso alla mansione a bando	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Presenza requisiti di accesso	100% bandi	Semestrale	
	Pubblicazione del bando	Mancata o tardata pubblicazione	Pubblicazione su BUR e G.U. del Bando come da previsione normativa concorsuale	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Pubblicazione	100%	Semestrale	
	Nomina della commissione	Irregolare composizione della commissione di concorso	il sorteggio è pubblico e i nominativi vengono attinti ai ruoli nominativi regionali	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Pubblicazione	100%	Semestrale	
	Individuazione delle prove	Predisposizione di prove specifiche atte a favorire un partecipante	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Valutazione dei requisiti dei curricula	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti richiesti in relazione alla posizione da ricoprire e per attribuire i punteggi ai titoli	individuazione dei criteri di valutazione per la copertura del posto	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Definizione e applicazione criterio	100%	Semestrale	
	Svolgimento delle prove	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, coerenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica; preterminazione dei criteri di valutazione delle prove.	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Valutazione delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto o indiretto	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Formazione della graduatoria	Esercizio abusivo o/ fraudolento di un potere discrezionale	attraverso un controllo reciproco dei componenti della commissione	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" - Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti	la verifica della dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atti di notorietà anche attraverso la verifica di iscrizioni all'ordine, ove prevista, attraverso il collegamento al sito per la verifica	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Semestrale	
	Deliberazione di assunzione	Non si rilevano comportamenti a rischio	individuazione del fabbisogno in riferimento al piano triennale dei fabbisogni	Regolamentazione	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Rispetto Piano fabbisogni	100%	Semestrale	

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
C o n c o r s i l o n r t i e z z n a i o n p t e a r l i p a s s a g g i	Definizione dell'eventuale bando (passaggi verticali), definizione dell'Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali)	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" -	La normativa contrattuale (passaggi verticali) - Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali) definizione dei criteri	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Presenza requisiti di accesso	100% bandi	Semestrale	
	Valutazione dei requisiti d'ammissione	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Rotazione degli operatori preposti all'attività di verifica dei requisiti necessari all'ammissione	Rotazione	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Sul numero delle procedure selettive individuazione del numero delle procedure da assegnare a ciascun operatore	100% delle procedure selettive	Semestrale	
	Nomina della commissione (passaggi verticali)	IRREGOLARE COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE	Individuazione della figura apicale sul posto che è oggetto del passaggio verticale	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Pubblicazione nel sito istituzionale	100% delle procedure selettive	Semestrale	
	Individuazione dei criteri per l'attribuzione dei punteggi	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	individuazione preventiva dei criteri di valutazione per il passaggio verticale/orizzontale; per quest'ultimo si rinvia all'Accordo Integrativo Aziendale	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Preventiva definizione e applicazione criterio	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	
	Predisposizione e valutazione dei candidati e attribuzione dei punteggi	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, coerenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica; preterminazione dei criteri di valutazione	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, garantisce la regolarità della valutazione e della conseguente attribuzione dei punteggi	Trasparenza	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	
	Formazione della graduatoria Provvedimento di inquadramento nel nuovo profilo professionale (per progressioni verticali/orizzontali)	Esercizio abusivo / fraudolento di un potere discrezionale nessun evento rischioso	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, presidia ai lavori di formulazione della graduatoria finale	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Esecuzione attività di controllo	100% delle procedure per il passaggio verticale/orizzontale	Semestrale	

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Reclutamento nuovi assunti	Recipimento contratto di assunzione	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Verifica stato di servizio di altro ente	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
Conferimento incarico	Recipimento atto di conferimento incarico								Servizio Comune Gestione Personale					
	Attribuzione economica dell'incarico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
Progressione orizzontale/verticale	Gestione PEO e progressioni verticali	Impropria gestione dell'atto per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto/indiretto o per fini propri	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
	Inserimento inquadramento economico/Fascia	Attribuzione volontaria di inquadramento economico o fascia diverso dagli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Diffusione della determina di esito della procedura ai fini di un controllo diffuso	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Pubblicazione degli atti	100% Semestrale		
Gestione trattamento economico personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa	Recipimento atto di conferimento								Servizio Comune Gestione Personale					
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
Gestione trattamento economico personale titolare di Borsa di studio	Recipimento atto di conferimento								Servizio Comune Gestione Personale					
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		
Elaborazione cedolino stipendiale	Elaborazione del cedolino stipendiale	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Casistica rilevante	100% Semestrale		
	Invio flusso per pagamento dello stipendio	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo dello schema da inviare al tesoriere da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito i flussi sul portale della banca	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100% Semestrale		

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	attuazione: 2021	attuazione: 2022	attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Trattamento economico legato alle presenze in servizio	Recepimento flusso da RP	Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri												
	Inserimento flusso RP su cedolino	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Casistica rilevante	100%	Semestrale	
Compensi da Libera Professione	Recepimento flusso da UO L.P. in formato csv	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Casistica rilevante	100%	Semestrale	
	Inserimento flusso su cedolino	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Casistica rilevante	100%	Semestrale	
Rimborsi Missioni	Ricevimento autorizzazioni missioni	Impropria gestione della determina per fini propri	Autorizzazione del Dirigente del servizio per la liquidazione dei compensi	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza al fine di valutare la corretta imputare correttamente i	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
Compensi commissioni concorsi	Ricevimento determine	Impropria gestione della determina per fini propri	Controllo di coerenza al fine di valutare la corretta attribuzione del compenso	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione dei compensi da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
Gestione del sistema incentivante	Analisi e recepimento dell'accordo aziendale	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza con gli accordi aziendali	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Aggiornamento e/o inserimento tabelle relative agli incentivi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta inserimento dei dati da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito le tabelle in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	100%	Semestrale	
	Inserimento tramite file elaborato dalla procedura stipendiale su cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo pre - post calcolo	Controllo	In atto	X	X	X	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	Casistica rilevante	100%	Semestrale	

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Note
Cessioni private	Richiesta del dipendente	Impropria gestione della richiesta per fini propri	Verifica di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
	Elaborazione ed invio certificato stipendiale	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
	Ricezione ed analisi del contratto	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Verifica dell'inerenza della documentazione rispetto alla normativa di riferimento	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
	Invio del benessere	Impropria gestione della pratica per fini propri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni stipendiali	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Attribuzione volontaria della quota diversa dagli atti contrattuali	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
Riscatti e Ricongiunzioni	Decreto dell'INPS	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		
Gestione pignoramenti	Recepimento cartella esattoriale o decreto ingiuntivo													
	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	Servizio Comune Gestione Personale	RPCT	100% Semestrale		

LIBERA PROFESSIONE

Processo	regime assistenziale	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Tempi di attuazione: 2024	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
L i b e r a p r o f e s s i o n e	Ambulatoriale	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP e in coerenza alle autorizzazioni rilasciate al singolo professionista	Violazione del limite dei volumi di attività e giornate previste nell'autorizzazione del singolo professionista	Verifiche periodiche e controlli a campione sui professionisti di aree individuate, sia rispetto ai volumi erogati in SSN sia rispetto alle modalità di erogazione (fasce orarie autorizzate, indicazione casuale corretta, verifica cartellino presenza, ecc.)	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Report periodico (n. 3 reparti a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ricovero	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP ed alla procedura operativa pianificazione interventi chirurgici	Mancato rispetto della procedura	La gestione del percorso è in capo all'ufficio Libera Professione che ne monitorizza tutte le fasi in stretto contatto con la direzione sanitaria, la direzione infermieristica, il coordinatore medico ed infermieristico dei reparti alp e non.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Numero degli interventi chirurgici LP senza proposta/preventivo elaborato dall'ufficio LP	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale/Ricovero	Autorizzazione all'esercizio LP (unica per ambulatoriale e ricovero) incluso inserimento nelle convenzioni con assicurazioni/enti esterni	Errata valutazione per non corretta applicazione delle regole Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, templ...)	E' prevista specifica modulistica nell'area intranet da utilizzare per la formalizzazione della richiesta Avvio LP nella quale il professionista deve indicare prestazioni da erogare, spazi e giornate/fasce orarie richieste; Si procede con la verifica degli spazi con il referente infermieristico ambulatoriale dell'area di appartenenza del professionista, si verifica l'erogabilità delle prestazioni in LP solo in relazione alle prestazioni erogate in SSN dalla stessa UO di appartenenza del professionista richiedente, si autorizza una fascia oraria di 2 ore sett. il iniziale fissa per tutti, e successivo ampliamento solo in relazione ai volumi di attività erogati; nel corso degli anni è stata effettuata anche una turnazione degli operatori nelle gestione delle UO	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Archivio autorizzazioni protocollate (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ricovero	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Dirottamento del paziente verso il regime ALP	Nel processo si effettuano varie verifiche: assenza del paz. in lista di attesa istituzionale e se presente, richiesta scritta al paziente di rinuncia alla lista SSN; invio al paziente di specifica modulistica informativa sul ricovero in LP e relativo preventivo per la formale accettazione dello stesso.	Trasparenza	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Archivio consensi protocollati (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale	Prenotazione prestazione ambulatoriale su agende informatizzate CUP	Dirottamento del paziente verso il regime ALP	Tutta l'attività di prenotazione è gestita da procedura informatizzata con numero unico di prenotazione (CNAIP e SES) che ne garantisce la tracciabilità in tempo reale e ne permettono il contestuale pagamento tramite tutti i sistemi di incasso on line. Si effettua periodico monitoraggio sui canali di prenotazione (call center, accettazione diretta, professionista, struttura esterna)	Trasparenza	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Report periodico	95%	Annuale	Rischio Basso
	Ricovero	Emissione preventivo al paziente sulla base della proposta formulata dal medico per accettazione, riscossione acconto prima dell'intervento e saldo dopo la dimissione	Errata applicazione tariffario aziendale	Verifica della prestazione richiesta con le prestazioni erogabili nello stesso regime in SSN. Successivo invio al paziente da parte dell'Ufficio ALP del preventivo formale, con richiesta di formale accettazione, versamento acconto prima di ricovero e saldo al termine dello stesso.	Trasparenza	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Archivio preventivi protocollati (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale	Comunicazione della tariffa LP ambulatoriale all'atto della prenotazione CUP e pagamento tramite PagoPA	Errata applicazione tariffario aziendale	I tariffari dei singoli professionisti sono consultabili dagli utenti tramite il call center e, in ogni caso, prima dell'erogazione delle prestazioni possono richiedere il relativo promemoria delle prestazioni prenotate e relativo costi	Trasparenza	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	site web ausl RE	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ricovero	Pianificazione interventi chirurgici in regime di ricovero: verifica disponibilità di spazi operatori e posti letto	Mancato rispetto delle liste di attesa LP secondo classi di priorità	L'ufficio LP riceve la proposta di intervento da parte del medico, ne verifica l'erogabilità anche in SSN, ed ottenuta l'accettazione del preventivo da parte dell'utente, comunica al professionista interessato la relativa autorizzazione allo stesso. Il professionista si coordina con il coordinatore medico ed infermieristico dei reparti alp, e con quello di sala operatoria per la programmazione dello stesso.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Numero degli interventi chirurgici LP che hanno rispettato la procedura operativa sul totale degli interventi liquidati ai professionisti	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale	Controlli sul corretto svolgimento attività (giorni, orari, timbratura, utilizzo del sistema per prenotazione, erogazione, pagamento)	Mancato rispetto delle regole con situazione comportamenti scorretti	Verifiche periodiche sul corretto svolgimento dell'attività attraverso la procedura informatizzata delle agende (rilevazione dati di autorizzazione ed erogazione prestazioni) e incrocio dei dati con la procedura di rilevazione presenza del personale.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Esecuzione attività di controllo (MyOmbius)	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale	Incasso della prestazione erogata	Mancato rispetto del regolamento (eludere pagamento della tariffa dovuta a fronte di una prestazione erogata)	Sistematica rilevazione periodica delle prestazioni erogate che non risultano pagate ed invio di sollecito pagamento all'utente tramite la procedura informatizzata "Recupero Credit". Le prestazioni non sono liquidate ai professionisti interessati se non sono incassate.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ricovero	Codifica attività LP	Rischio di non fatturare correttamente l'intervento/ricovero con maggiore o minore introiti	L'ufficio ALP nella predisposizione del consuntivo da inviare per i saldi al paziente, verifica con l'ufficio preposto la coerenza del DRG con la prestazione erogata, l'iscrizione o meno del paziente al SSN, e tutte le variabili intervenute di punto di vista economico rispetto al preventivo effettuato.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Verifica del DRG sui ricoveri dei reparti ALP	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale/Ricovero	Gestione liste di attesa	Disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione (per una equità/professionista/prestazione come conseguenza di mancata evidenziazione dei fenomeni)	Presenza di un sistema informatico di monitoraggio in alp e confronto con attività istituzionale (valutazione volumi di attività erogata e tempi di attesa delle prestazioni)	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT	Esecuzione attività di controllo (eventile report informatizzato pubblicato trimestralmente)	100%	Annuale	Rischio Medio
	Ambulatoriale/Ricovero	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a ledolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	Rischio di errore di caricamento sullo stipendio/ rischio di remunerare LP in orario di lavoro	Presenza di una procedura contabile che in sede di liquidazione evidenzia eventuali accantonamenti a importo incassato e importo da liquidare, e relativa gestione delle anomalie. L'attività LP è autorizzata fuori dall'orario di lavoro e solo per una minima parte è autorizzata in orario di lavoro, con relativa rilevazione e decurtazione annuale dei tempi impiegati.	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Esecuzione attività di controllo mensile	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale/Ricovero	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	Mancato rispetto Regolamento	Presenza di una procedura contabile integrata per l'accantonamento dei fondi di perequazione e Balduzzi. Le quote accantonate vengono comunicate periodicamente al servizio Bilancio (iscrizione quota trimestrale) e all'Ufficio Stipendi della Direzione del Personale	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Report accantonamenti	100%	Annuale	Rischio Basso
	Ambulatoriale/Ricovero	Accantonamento annuale fondo comune e collabora Comparto	Mancato rispetto Regolamento	Presenza di una procedura contabile integrata per l'accantonamento dei fondi di perequazione e Balduzzi. Le quote accantonate vengono comunicate periodicamente al servizio Bilancio (iscrizione quota trimestrale) e all'Ufficio Stipendi della Direzione del Personale	Controllo	In atto	X	X	X	ALP	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTCT	Report accantonamenti	100%	Annuale	Rischio Basso

GESTIONE SINISTRI E CONTENZIOSO

PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI															
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	grado di discrezionalità del decisore interno	opacità del processo decisionale	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	inadeguata diffusione della cultura della legalità	regolamentazione della procedura e conseguente previsione di tempistiche	BASSO	regolamentazione	Procedura aziendale di gestione dei sinistri	Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione annuale al RPCT	100	annuale	
inserimento del caso, con apposizione di apposito numero identificativo, nel database aziendale e regionale	non rilevante														
Fase preistruttoria															
Acquisizione documentazione clinica ed eventuali relazioni specialistiche	Produzione di una relazione specialistica parziale	grado di discrezionalità del decisore interno	opacità del processo decisionale	mancanza di trasparenza	scarsa responsabilizzazione interna	attività svolta in contesto strutturato (UO/Direttore)	BASSO	regolamentazione	Procedura aziendale Promuovere la partecipazione a iniziative di formazione in ambito di responsabilità professionale	UO coinvolta nel sinistro/medicina legale/servizio assicurativo	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Fase istruttoria per danni da responsabilità professionale sanitaria															
Assegnazione del sinistro ad un medico legale referente	Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali)	grado di discrezionalità del decisore interno		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	mancanza di trasparenza	misure di rotazione	BASSO	regolamentazione	Definizione di criteri di assegnazione (rotazione, opportunità, specializzazione rispetto a casistiche etc.)	UOC Medicina Legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	adozione di Linee Guida sui criteri e relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Valutazione sussistenza responsabilità sanitaria (an)	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	grado di discrezionalità del decisore interno	livello di interesse esterno	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		esistenza di una procedura e di controlli	BASSO	controllo	Doppio controllo. Il parere medico legale rilasciato dal professionista è sottoposto alla verifica da parte di altro collega dell'equipe	UOC Medicina Legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Quantificazione danno (quantum) e Parere su congruità spese mediche	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	grado di discrezionalità del decisore interno	livello di interesse esterno	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		esistenza di una procedura e di controlli	BASSO	controllo	Doppio controllo. Il parere medico legale rilasciato dal professionista è sottoposto alla verifica da parte di altro collega dell'equipe	UOC Medicina Legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Individuazione professionista ex art. 13	Uso distorto della discrezionalità (possibili interessi interpersonali)	grado di discrezionalità del decisore interno	livello di interesse esterno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		BASSO	controllo	Doppio controllo. Il parere medico legale rilasciato dal professionista è sottoposto alla verifica da parte di altro collega dell'equipe	UOC Medicina Legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Fase istruttoria per danni da smarrimento protesi/cadute															
Valutazione sussistenza responsabilità (an)	Uso distorto della discrezionalità	grado di discrezionalità del decisore interno	opacità del processo decisionale	mancanza di trasparenza	scarsa responsabilizzazione interna	esistenza di una procedura/decisione condivisa	BASSO	regolamentazione	procedura aziendale / formazione	Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Quantificazione danno (quantum)	Uso distorto della discrezionalità. Limitata possibilità di rotazione per esiguità del n. di medici legali	grado di discrezionalità del decisore interno	opacità del processo decisionale	mancanza di trasparenza	scarsa responsabilizzazione interna	esistenza di una procedura/decisione condivisa	BASSO	regolamentazione	procedura aziendale / formazione	servizio assicurativo comune e del contenzioso - UOC medicina legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
Valutazione spese rimborsabili	Uso distorto della discrezionalità	grado di discrezionalità del decisore interno	opacità del processo decisionale	mancanza di trasparenza	scarsa responsabilizzazione interna	esistenza di una procedura/decisione condivisa	BASSO	regolamentazione	procedura aziendale / formazione	UOC Medicina Legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	

PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note	
Fase decisoria: Gestione sinistri Comitato Valutazione Sinistri	Eccessiva limitazione del numero dei componenti Fase decisoria in capo a chi esprime parere legale/medico legale	livello di interesse esterno	opacità del processo decisionale	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		Collegialità delle fasi Interprofessionalità	BASSO	disciplina del conflitto di interessi	Assunzione decisione in modo condiviso fra i componenti CVS e adeguamento formalizzazione della decisione con firma da parte dei partecipanti al processo decisionale; potenzialità di acquisire pareri Adeguatezza composizione del CVS	servizio assicurativo comune e del contenzioso - UOC medicina legale	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale		
Richiesta parere al NRV finalizzata all'acquisizione del parere obbligatorio per i casi sopra soglia	non rilevante															
Avvio della trattativa																
Contatti con la controparte	non rilevante															
Definizione accordo transattivo	Uso distorto della discrezionalità nell'ambito dell'offerta economica /Accordo di un risarcimento superiore a quello fissato dal CVS	livello di interesse esterno	opacità del processo decisionale	inadeguatezza o scarsa competenza del personale addetto ai processi		controlli successivi	BASSO	controllo	Per ogni variazione al valore economico del risarcimento occorre una rivalutazione da parte del CVS	Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale		
Provvedimento di recepimento e liquidazione	errata liquidazione dell'importo	livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi		controlli successivi	BASSO	controllo	controllo sulla somma da liquidare rispetto al quantum autorizzato	Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale		

INCARICHI A LEGALI

PROCESSO/FASE	EVENTO RISCHIOSO	INDICATORI DI RISCHIO		FATTORI ABILITANTI		MOTIVAZIONE VALUTAZIONE RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	TIPOLOGIA MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	Tempi di attuazione della misura	Indicatori di MONITORAGGIO	Target	Tempi di monitoraggio	Note
INCARICHI A LEGALI															
valutazione di affidamento interno/esterno	favorire trattazione esterna	grado di discrezionalità del decisore interno	livello di interesse esterno	manca di trasparenza	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli	Livello di attuazione delle misure di prevenzione del rischio adottate	BASSO	regolamentazione rotazione trasparenza	procedura aziendale, avviso pubblico	SERVIZIO Assicurativo Comune e del contenzioso	misura in atto/in corso di attuazione nell'anno corrente	relazione al RPCT sull'applicazione della misura	100	annuale	
scelta del legale interno	non rilevabile								evidenza delle motivazioni di scelta (rotazione, alternanza, comparazione CV, consistenza, ...)						
emissione avviso per costituzione elenco avvocati e definizione degli elenchi	inserire requisiti o criteri specifici per favorire ovvero orientare la partecipazione di determinati legali								Publicazione sul sito aziendale dell'elenco approvato e degli affidamenti effettuati. Rafforzare l'evidenza delle sezioni su AT dove sono pubblicate le informazioni						
scelta del legale esterno	favorire uno o più specifici legali esterni														

MISURE TRASVERSALI
Controllo
Trasparenza
Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
Regolamentazione
Semplificazione
Formazione
Sensibilizzazione e partecipazione
Rotazione
Segnalazione e protezione
Disciplina del conflitto di interessi
Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies)

APPENDICE 3 – 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%), dovrebbe accelerare ulteriormente (+3,4%) 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%), trainata ampiamente dalla domanda interna. Ci si aspetta che la dinamica della crescita rallenti nel 2025 (+2,2%), 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%), si prospetta un'ulteriore decelerazione anche per il 2025 (+4,5%) 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%), dopo l'exploit dello scorso anno, contenuta dalla domanda interna. Le previsioni sono però orientate verso una ripresa della crescita nel 2025 (+1,1%), 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%. 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%) e aumentare ancora nel 2025 (+1,5%), 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%), quando si ridurrà a meno della metà rispetto al 6,4 dell'anno precedente, e proseguirà gradualmente nel 2025 (+2,4%).

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% nel 2025 e più rapidamente nei paesi dell'area dell'euro, dove resterà però più elevato (6,3%).

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% nel 2024 e all'1,4% 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%), dopo la contrazione che subiranno nel 2024 (-1,6%).

Una moderata crescita globale e un'accelerazione del commercio mondiale sosterranno la domanda estera che porterà ad un aumento delle esportazioni dell'1,4% quest'anno e del 2,2% nel 2025, quando con la ripresa dell'attività anche la dinamica delle importazioni salirà al 2,6%.

Ci si attende una diminuzione del disavanzo pubblico generale al 3,1% del prodotto interno lordo quest'anno, ma nel 2025 l'ulteriore diminuzione risulterà marginale, facendo scendere il rapporto solo al 3%. Nelle proiezioni il rapporto tra debito lordo delle pubbliche amministrazioni e pil tenderà ad aumentare leggermente passando dall'82,1% del 2023 all'83% 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%), dopo la flessione dello scorso anno, ma dovrebbe riprendere a crescere nel 2025 (+0,7%), pur senza uscire dalle difficoltà del suo modello di sviluppo. Al contrario l'attività dovrebbe avere accelerato leggermente in Francia nel 2024 (+1,1%), sostenuta dalla spesa pubblica (con un deficit pari al 6,2% del Pil) e dal commercio estero, ma le esigenze dell'aggiustamento fiscale ne rallenteranno la dinamica nel 2025 (+0,8%). Il prodotto interno lordo spagnolo dovrebbe crescere decisamente nel 2024 (+3,0%), sostenuto dai consumi e dagli investimenti, ma la sua dinamica dovrebbe rallentare nel 2025 (+2,3%), 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%, 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%).

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%), 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%). 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%), tanto da prospettare un lieve rimbalzo nel 2025 (+1,7%). Ma dopo quattro anni il livello dei prezzi al consumo dovrebbe risultare superiore del 20% rispetto a quello del gennaio 2021.

Il mercato del lavoro rimane solido. Nel 2024 il tasso di disoccupazione scenderà al 6,9% e l'occupazione continuerà ad aumentare (+1,3%), 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%) e un lieve rimbalzo del tasso di disoccupazione (7%).

Dopo il pesante disavanzo 2023, pari al 7,2% del Pil, il rapporto dovrebbe ridursi al 4% nel 2024, grazie all'uscita dalle misure di emergenza, ma poi non dovrebbe scendere di molto nel 2025 (3,7%), 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% 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%), 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% rispetto al massimo toccato prima della crisi finanziaria nel 2007 e superiore del 16,6% 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% rispetto a quello del 2007 e dell'8,5% rispetto al livello del 2000.

Nel 2024, la crescita italiana sarà "trainata" dalle regioni del nord est (+0,9%) 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 entrambe). Nel 2025 la classifica per livello di crescita economica delle regioni italiane sarà guidata dalla Lombardia (+1%), subito seguita da Emilia-Romagna, Veneto e Sicilia (+0,9%).

Nel 2024 la crescita dei consumi delle famiglie (+0,6%) 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%).

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%) 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%), 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%).

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% rispetto a quelli del 2008, ovvero a quelli precedenti al declino del settore delle costruzioni, e supereranno solo del 21,4% 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%), 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%). Al termine del 2024 il valore reale delle esportazioni regionali dovrebbe risultare superiore addirittura del 90,4% rispetto al livello del 2000 e del 37,8% 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%). 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%).

Sul lungo periodo, al termine dell'anno corrente, il valore aggiunto reale dell'industria risulterà superiore di solo l'8,8% 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%). 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%).

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% rispetto ai livelli, chiaramente eccessivi, del precedente massimo toccato nel 2007 e superiore del 13,9% 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 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%), 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% e risulterà superiore del 18,8% 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%). Nel 2025 la crescita delle forze di lavoro riprenderà (+0,7%). 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%, poi la sua crescita riprenderà nel 2025 giungendo al 74,7%.

L'occupazione nel 2024 avrà un andamento positivo (+1,1%), in linea con quello scorso anno. Ma il suo ritmo di crescita dovrebbe ridursi sostanzialmente nel 2025 (+0,4%). Alla fine del 2024 l'occupazione risulterà leggermente superiore a quella riferita al 2019 (+0,9%) e farà registrare un incremento del 12,4% 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 poi aumentare nuovamente, ma solo lievemente, nel 2025 al 71,5%, dato che costituisce il livello più elevato di sempre.

Il tasso di disoccupazione che era pari al 2,8% nel 2002 ed è salito fino all'8,5% nel 2013 è poi gradualmente ridisceso al 5,5% 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% 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%). 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%.

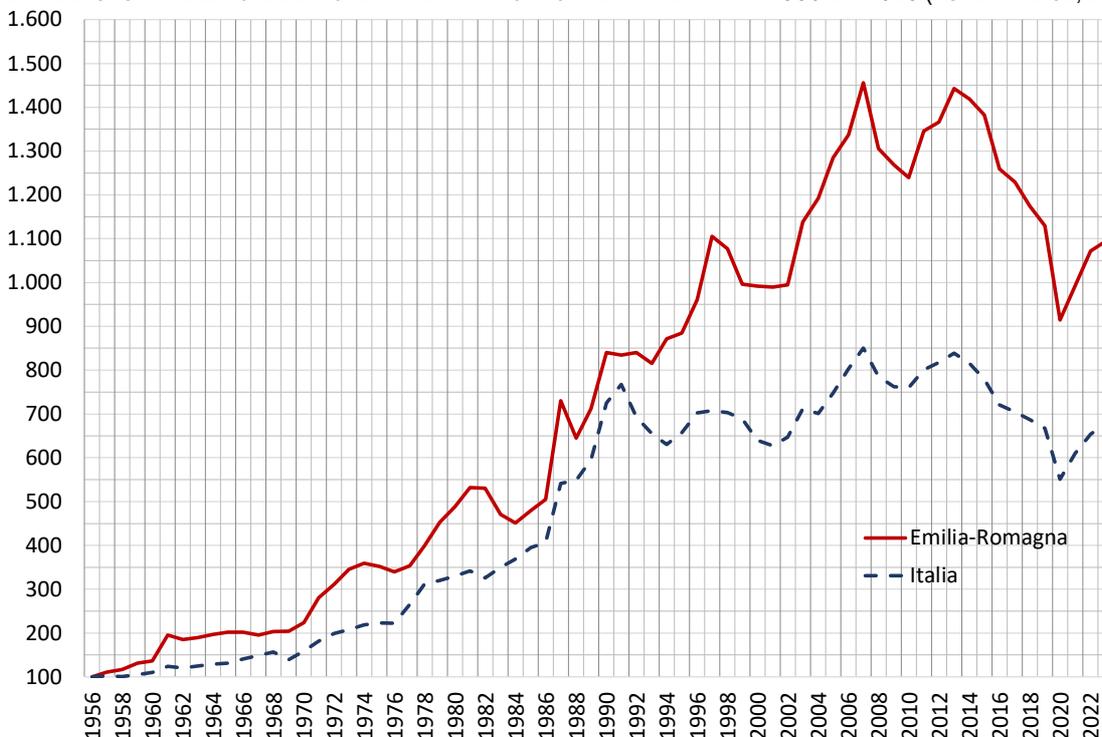
APPENDICE 3BIS – I DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: UN QUADRO STATISTICO¹

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 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,

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.

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).

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 riferimento, mentre la tendenza ne mostra gli sviluppi nel tempo in termini di crescita, diminuzione o stabilità⁵.

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.

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.

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 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-Romagna è pari a 0,6 ogni 100 mila abitanti mentre quello dell'Italia è di 0,9 ogni 100 mila abitanti. La provincia dove si registra un valore decisamente superiore alla media regionale di questo fenomeno è Ravenna, il cui tasso è pari a 2 ogni 100 mila abitanti, benché la tendenza, diversamente da quanto accade nelle altre province - fatta eccezione di Forlì-Cesena - è in netta diminuzione;
- **La corruzione**⁸ 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

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.

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.

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.

I numeri del riciclaggio

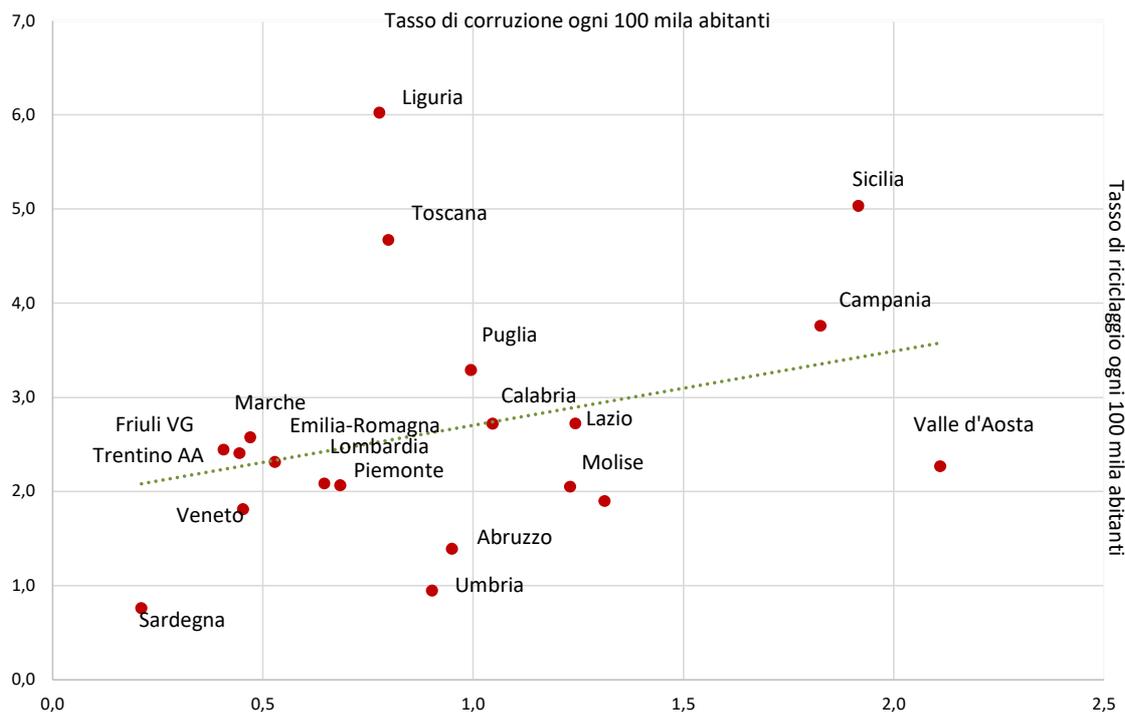
Riciclaggio e corruzione sono due fenomeni che si intrecciano e spesso fanno parte dello stesso sistema di criminalità economica e organizzata. Insieme sono in grado di alterare l'economia e il mercato, di condizionare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e persino di minacciare, quando assumono una rilevanza sistemica, gli assetti democratici di un paese.

Al pari di tutti i capitali accumulati illecitamente, è noto infatti che anche i ricavi della corruzione ottenuti ad esempio da tangenti o appalti truccati sono sottoposti a elaborate operazioni di riciclaggio per poterne disperdere la natura illecita al fine di essere successivamente investiti nell'economia legale (es. investimenti immobiliari, acquisizioni di imprese, ecc.)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).

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.

GRAFICO 2: DISTRIBUZIONE DEI TASSI DI CORRUZIONE E DI RICICLAGGIO IN ITALIA PER REGIONI RICAVATI DAI DATI DELLE DENUNCE (TASSI MEDI PER 100 MILA RESIDENTI). ANNI 2008-2022



Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Interno.

Alla luce di quanto appena detto, non vi è dubbio, quindi, che un efficace ostacolo posto all'utilizzo e al reimpiego dei proventi illeciti possa contribuire a ridurre la corruzione o a prevenirla. D'altra parte, va da sé che la lotta alla corruzione limiterebbe in una qualche misura il riciclaggio, benché le fonti da cui quest'ultimo si alimenta vanno ben oltre gli scambi corruttivi per estendersi ad altre - e probabilmente più remunerative - attività criminali, quali, ad esempio, il traffico degli stupefacenti.

A questo proposito, occorre evidenziare che nel corso degli ultimi decenni l'attività di contrasto alla criminalità organizzata e ai corrotti si è molto concentrata proprio sull'attacco ai capitali di origine illecita e ciò è avvenuto anche grazie al supporto di un sistema di prevenzione che ha costituito un importante complemento all'attività di repressione dei reati, intercettando e ostacolando l'impiego e la dissimulazione dei relativi proventi.

In questo sistema di prevenzione l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF)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).

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.

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 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).

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 agevolare 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).

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.

TABELLA 6: PERSONE CHE HANNO AVUTO UN'ESPERIENZA DIRETTA O INDIRECTA 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

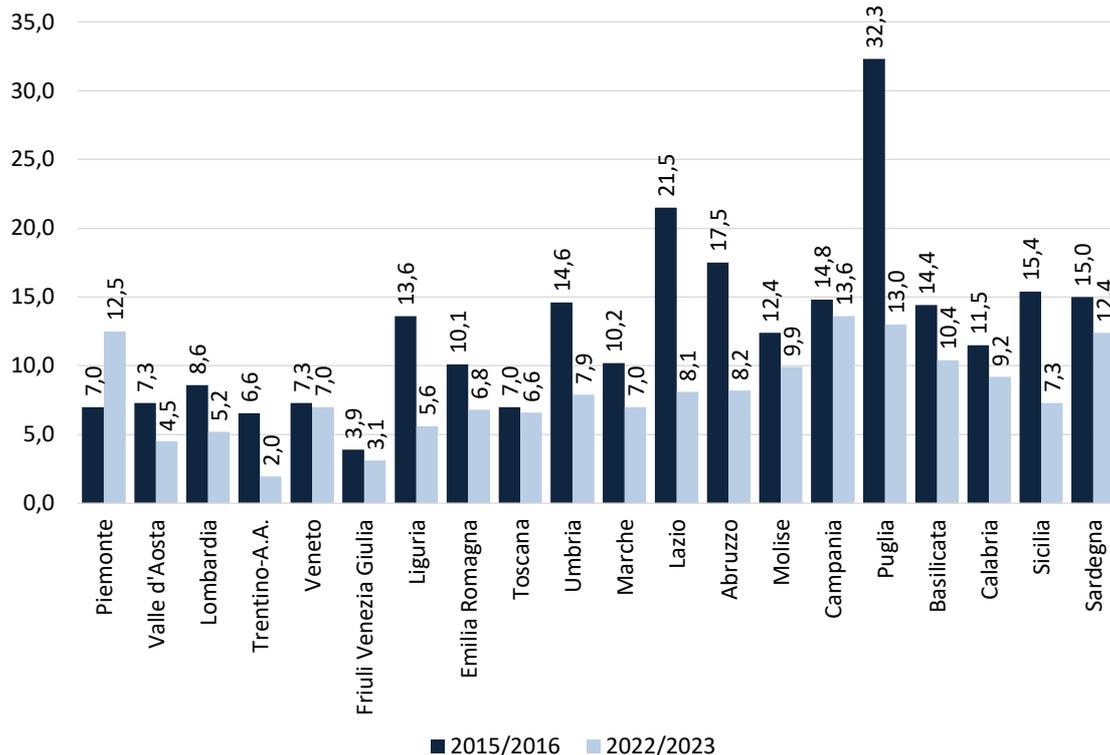
Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016.

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 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 COMPORAMENTI 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 medico...	Farsi raccomandare da familiari o amici per essere assunto	Cercare di ottenere benefici assistenziali 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

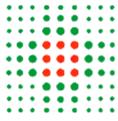
Risultati positivi per l'Emilia-Romagna emergono anche dagli atteggiamenti dei suoi cittadini verso la corruzione e al modo di combatterla. Anche qui, infatti, emerge un atteggiamento dei cittadini innanzitutto contrario alla rassegnazione verso questo tipo di fenomeno, dal momento che sono molti meno 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



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



Università
degli Studi
di Ferrara

RELAZIONE ILLUSTRATIVA PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE DELLE AZIENDE USL E OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA DI FERRARA 2025-2027

INDICE

INQUADRAMENTO NORMATIVO CONCETTUALE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI.....	1
<i>Normativa e indicazioni regionali di riferimento:</i>	2
PREMESSA	3
DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA	4
STRUTTURE COMPLESSE.....	6
AREA SANITARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DEL COMPARTO SANITARIO DELLE AZIENDE SANITARIE FERRARESI.....	9
<i>Politiche di valorizzazione delle professionalità della Dirigenza delle Professioni Sanitarie e Sociale e del comparto sanitario delle Aziende Sanitarie Ferraresi.....</i>	10
<i>Area Dirigenza Sanitaria – Professioni Sanitarie Aziende sanitarie Ferraresi</i>	11
<i>Area Comparto Sanitario - Professioni Sanitarie e Sociale Azienda AUSL.....</i>	11
1. <i>Consolidamento della Territorialità correlate alla Missione 6 “salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: casa come primo luogo di cura Assistenza domiciliare e telemedicina.....</i>	11
1.1 <i>Consolidamento della Riabilitazione Domiciliare - Fisioterapista domiciliare e Sviluppo Riabilitazione Domiciliare – logopedista nelle case della comunità</i>	12
1.2 <i>Consolidamento della Riabilitazione di Comunità.....</i>	12
1.3 <i>Consolidamento Radiologia Domiciliare</i>	12
1.4 <i>Consolidamento della rete delle cure palliative Adulti e Pediatriche – Case Manager RLCP Adulti e RLCP Pediatriche</i>	12
1.5 <i>Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).....</i>	13
1.6 <i>Sviluppo progettazione ostetrica di comunità</i>	13
1.7 <i>Completamento degli Ospedali di Comunità</i>	13
1.8 <i>Consolidamento dell’Infermiere di Comunità</i>	14
1.9 <i>Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT).....</i>	14
2. <i>Altre progettualità 2025 – 2027 Azienda AUSL.....</i>	14
2.1 <i>Consolidamento dei Centri di Emergenza e Urgenza (CAU).....</i>	14
2.2 <i>Consolidamento del Progetto Task Shifting - inserimento del profilo Ortottista – Assistente di Oftalmologia in Sala Operatoria nella chirurgia Oftalmica</i>	15
2.3 <i>Consolidamento del Progetto adeguamento ed ottimizzazione standard personale OSS: progetto Task Shifting nelle strutture Ospedaliere Provinciali.....</i>	15
<i>Area Comparto Sanitario - Professioni Sanitarie Azienda AOU.....</i>	16
PERSONALE DELL’AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	17
AZIONI DI GESTIONE COMPLESSIVA DEL PERSONALE:.....	21
GOVERNO DELLA DOMANDA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.	25
<i>Appropriatezza prescrittiva.....</i>	25
<i>Presa in carico del paziente da parte dello specialista.....</i>	26
<i>Potenziamento dell’attività di teleconsulto specialistico</i>	26
<i>Digitalizzazione del percorso ambulatoriale</i>	26
GOVERNO DELL’OFFERTA	26
<i>Il fabbisogno.....</i>	26
Piano di produzione	26
Proseguimento dell’attività delle branche specialistiche territoriali.....	26
Pneumologia Territoriale	26
Riabilitazione Territoriale.....	27
Infettivologia Territoriale	27
Oncologia territoriale (OnCo-nnect)	27
<i>Iniziative a garanzia dei tempi di attesa</i>	27
Prosecuzione della standardizzazione e uniformità del tempario delle prestazioni specialistiche	27
Utilizzo a pieno regime della dashboard per il monitoraggio e la revisione in tempo reale dell’offerta	27
<i>Livelli operativi di Intervento.....</i>	27
Ripianificazione organizzativa ed efficientamento delle agende:	27
Assunzioni di personale nei diversi ambiti contrattuali	28
La gestione del personale di assistenza a supporto del contenimento dei tempi d’attesa.....	29

Articolazione temporale del Piano di produzione	29
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI CON LE OO.SS:	30
PERSONALE UNIVERSITARIO.....	32
CONTRATTI ATIPICI	41
Personale Medico	41
Personale sanitario	42
COSTI DEL PERSONALE:.....	42

INQUADRAMENTO NORMATIVO CONCETTUALE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è lo strumento attraverso il quale l'organo di vertice dell'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli di spesa.

Il PTFP viene definito per il triennio 2025/2027 dall'Azienda in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa, sia come documento che si pone alla base dei principi di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, viene predisposto dall'Azienda come uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Nella predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2024/2026, l'Azienda si è posta l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente resesi disponibili per effetto delle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse da acquisire per far fronte ai fabbisogni. I fabbisogni sono il frutto di un'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali con particolare attenzione alle professioni sanitarie e di "core business".

Il PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse umane, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le finalità connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 "obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato" una volta adottato viene caricato sul portale SICO, dedicato all'acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Il PTFP, predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del D.Lgs n. 502/92, è annualmente sottoposto alla Regione Emilia-Romagna per la sua approvazione.

Come indicato dalla DGR N. 990/2023 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", con le modifiche introdotte dal D.Lgs. N. 75/2017 all'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegate ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, quale è il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire

il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico. Rispetto a questo specifico strumento di programmazione vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento. Va evidenziata, in particolare, la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che, quindi tende a configurarlo come piano triennale con aggiornamento annuale, a scorrimento (si veda l'art. 6, comma 4, del D.Lgs. 165/2001). Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate ai sensi dell'art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018, prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni.

La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relativa al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

Normativa e indicazioni regionali di riferimento:

- L'art. 6 del D.Lgs 165/2001, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs n 75/2017 che disciplina l'organizzazione degli uffici ed il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), da adottare annualmente in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, nonché con le linee di indirizzo ministeriali emanato ai sensi del successivo art. 6 - ter, nel rispetto delle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente e tenuto conto della consistenza della dotazione organica del personale in servizio, nonché della relativa spesa;
- Il decreto 8 maggio 2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 2018, con oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche", il quale nella specifica sezione dedicata alle aziende ed enti del SSN, stabilisce alcuni indirizzi e criteri generali per la predizione del PTFP da parte di tali amministrazioni, e prevede che essi siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, e successivamente adottati in via definitiva;
- La deliberazione della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1412 del 3 settembre 2018 di approvazione della disciplina regionale relativa al procedimento per l'adozione e l'approvazione dei PTFP, in coerenza con il contenuto del decreto precedentemente citato, affidando al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare la definizione di indicazioni operative regionali per l'applicazione delle linee di indirizzo ministeriali e la predisposizione dei PTFP, nonché l'approvazione dei PTFP delle Aziende e degli Enti del SSR, valutata la loro coerenza con le linee di indirizzo di cui al Decreto 8 maggio 2018, con le indicazioni operative regionali e con i contenuti della programmazione regionale;
- DGR N. 990 del 19 giugno 2023 "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR";
- DGR N. 1237 del 17 luglio 2023 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023";
- DGR N. 945 del 27/5/2024 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024";
- Nota RER della Direzione Generale Cura della Persona prot. 547238 del 28/5/2024 avente ad oggetto "indicazione tecniche per la predisposizione dei bilanci preventivi economici 2025 e della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)".

In continuità con gli anni precedenti, gli obiettivi aziendali di programmazione sanitaria sono definiti in assoluta condivisione della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2025, a loro volta contenuti nel

Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale. In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), le Aziende sanitarie ferraresi hanno avviato le procedure per la definizione della specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni.

PREMESSA

A seguito dell'autorizzazione espressa con nota prot. 05/08/2024.0850573.U da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Azienda USL di Ferrara ha adottato, con provvedimento deliberativo n. 320 del 22/11/2024 il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) relativo al triennio 2024- 2026.

In aderenza alla citata previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che, quindi tende a configurarlo come piano triennale con aggiornamento annuale, a scorrimento, il Piano triennale dei Fabbisogni del Personale 2024/2026 si colloca in sostanziale continuità con il precedente, in un contesto 2024 contraddistinto dal forte mandato istituzionale conferito alle direzioni aziendali di convergere progressivamente verso una azienda sanitaria provinciale unica. A ciò si accompagna la decisa ripresa delle attività che negli anni della pandemia COVID ha determinato una pesante rallentamento. Conseguentemente la proposta di PTFP non può che prevedere l'adeguamento e il consolidamento delle dotazioni organiche di area sanitaria, come illustrato di seguito.

Accanto a questo la sfida che il PNRR impone in termini di capacità e di tempestività nella realizzazione degli investimenti, comporterà la necessità di meglio strutturare, anche con soluzioni innovative, le professionalità di area sanitaria e tecnico amministrativa.

Il precedente Piano Triennale dei Fabbisogni 2024-2026, ha rappresentato la cornice di riferimento per le scelte di programmazione 2025 e lo sviluppo delle azioni previste dalla programmazione aziendale, che hanno trovato collocazione di contenuti e di risultati all'interno delle previsioni tracciate, mantenendo un sostanziale allineamento all'andamento stimato.

Il PTFP 2024-2026, quale atto strettamente connesso ai processi di riorganizzazione aziendale, ha rappresentato il primo step di un processo complesso che ha richiesto un'implementazione e miglioramento progressivo negli anni a seguire.

Obiettivo del triennio 2025-2027 è quello di proseguire nel percorso intrapreso, individuando la fase di programmazione delle assunzioni quali sede di realizzazione delle scelte strategiche e strumento di governance delle risorse umane, nella convinzione che ogni azione di gestione del personale è strettamente legata alla strategia aziendale, intesa come l'insieme degli obiettivi da perseguire e del complesso di attività da sviluppare.

In tale ottica e con particolare riguardo al processo di integrazione delle Aziende Sanitarie Ferraresi, l'Azienda si impegna, per il prossimo triennio, a:

- Garantire il miglioramento quali-quantitativo degli assetti organizzativi aziendali, con puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione, per un adeguamento dinamico dei profili professionali della dirigenza sanitaria, anche in relazione ai nuovi processi riorganizzativi approvati;
- Favorire la stabilizzazione di posizioni lavorative già ricoperte in forma precaria o con altre tipologie di lavoro flessibile o altresì in forma di comando, con particolare riferimento a quelle posizioni che occupano posti vacanti o comunque che si caratterizzano per una connotazione stabile nell'ambito dell'organizzazione aziendale o per lo sviluppo di nuove progettualità;

- Superare le disomogeneità nell'ambito dello sviluppo delle professioni Sanitarie, in particolare nell'ambito della Direzione Assistenziale, di recente istituzione, quale funzione di Direzione Strategica in cui si individuano le articolazioni organizzative di dirigenza delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale. Al fine di procedere allo sviluppo delle professionalità della Dirigenza Infermieristica e delle Professioni Sanitarie necessarie e previste dalla programmazione aziendale, è stato valutato l'adeguamento della dotazione organica del personale dipendente della Dirigenza Sanitaria come esposto nella tabella B delle schede del PTFP.

DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2024-2026 e che coinvolgeranno direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono state impostate unitariamente per le due Aziende Sanitarie ferraresi, tenendo conto delle caratteristiche istituzionali di ciascuna Azienda, sviluppando logiche di gestione ispirate al processo di unificazione interaziendale, massimizzando le sinergie di utilizzo delle risorse professionali, operando le necessarie riorganizzazioni interne per perseguire la nuova impostazione dipartimentale, intervenendo sulle ridondanze di percorsi assistenziali e perseguendo gli obiettivi posti dai vari livelli.

Con particolare riguardo **all'Azienda USL**, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva-produzione;
- Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina;
- Implementazione del cruscotto informatico domanda-offerta per l'analisi delle prescrizioni e prenotazioni prodotte a livello aziendale; le configurazioni e la manutenzione delle agende in maniera dinamica (seppur con latenza temporale legata all'occupazione delle agende);
- Potenziamento della capacità produttiva: valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, che dal giugno 2022 sono tornate agli standard di produzione 2019, pre-emergenza pandemica;
- Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa;
- Monitoraggio liste d'attesa;
- Passaggio dal modello hub and spoke a quello dell'hospital network: la creazione di reti è il nuovo asse portante sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focus-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali. In questa logica, va continuata la valorizzazione dei presidi distrettuali come "focus factory" per attività chirurgiche programmabili e ambulatoriali ad alto volume;
- Sviluppo di una rete ortopedica provinciale, al fine di garantire omogeneità, tempestività e qualità nell'assistenza ortopedica, in particolare post-traumatica, diminuendo la fuga dei pazienti residenti in Provincia verso strutture extra provinciali;
- Potenziare l'attività di aritmologia interventistica e ambulatoriale, per la gestione delle aritmie complesse e il follow-up dei portatori di device, in stretta collaborazione tra le Cardiologie Provinciali;
- Rafforzare la sanità di prossimità attraverso la piena attuazione del DM77/2022, potenziando le attività connesse alle Case di Comunità e legate alle UUOO territoriali di recente istituzione

(Pneumologia e Malattie infettive territoriali) o ben radicate nell'organizzazione dell'offerta (Diabetologia, Cure Palliative ecc.).

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2024-2026 e che coinvolgeranno direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono orientate, con particolare riguardo **all'Azienda Ospedaliero Universitaria**, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- La riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza come da DGR 1206 del 17/07/2023 (Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza in Emilia Romagna), in continuità con i provvedimenti inclusi nel PNRR e nel DM 77/2022, che prevede tre grandi ambiti di intervento: potenziamento dell'emergenza urgenza pre-ospedaliera-118, l'istituzione del numero europeo armonizzato (NEA) e delle centrali 116117 e la creazione dei centri di emergenza urgenza territoriali (CAU). Sarà necessario continuare a sostenere gli organici in funzione della riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e di una più appropriata e tempestiva presa in carico del paziente, sia in termini di numerosità che di azioni riorganizzative mirate. Tutto ciò avverrà in stretta collaborazione con i vari professionisti sanitari coinvolti nei processi;
- Il potenziamento della linea ambulatoriale, con l'obiettivo di garantire valori di performance pari almeno al 90% in ciascuna prestazione e la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, come da DGR 603/2019 e DGR 1237/2023. In particolare, deve essere privilegiato e sostenuto un modello di presa in carico integrato H-territorio dove le equipe dell'AOU garantiscono e supportano le attività ambulatoriali anche in sedi decentrate in tutta la provincia, in particolare per le branche di neurologia, cardiologia, oculistica, dermatologia, reumatologia, chirurgia pediatrica e neurochirurgia. Dovrà essere ampliata inoltre l'offerta di prestazioni sia di prima visita che di controllo prenotabili a CUPWEB, nonché la disponibilità di prestazioni di televisita. Nonché la possibilità di prenotazione di prestazioni di secondo e terzo livello direttamente dallo specialista o dal centro servizi interno all'AOU; sarà inoltre potenziata l'offerta di endoscopia digestiva attraverso l'ottimizzazione ed il maggiore utilizzo delle risorse disponibili dedicate;
- Rispetto ai tempi di attesa per intervento chirurgico programmato obiettivo prioritario è il consolidamento e miglioramento della performance 2023 con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio (come da DGR 272/2017 e 603/2019). A fronte della definizione dei nuovi DAI con introduzione delle nuove UO: Breast unit, Chirurgia toracica, Chirurgia Robotica e Mini-Invasiva dell'apparato digerente sarà necessario consolidare le competenze del personale e potenziarne l'offerta;
- Il consolidamento e potenziamento delle attività oncologiche in tutta la provincia nell'ambito del disegno della Rete Oncologica ed Onco-Ematologica regionale, e il conseguente impegno nella gestione del paziente all'interno dei percorsi, come da DGR 2316/2022. La maggiore concentrazione di tale attività risiede nel DAI Onco-ematologico di recente istituzione, che coordina anche le attività territoriali. Negli anni più recenti la disponibilità di nuovi trattamenti efficaci nel prolungare la durata media della malattia e l'aumento del numero delle linee di terapia eseguite per ciascun paziente hanno contribuito ulteriormente all'aumento dell'attività per l'aumento del numero dei pazienti trattati e la gestione dei relativi percorsi, con necessità di reclutamento strutturato di professionisti cui l'Azienda sta già dando seguito;
- La creazione di una piattaforma integrata di Area Vasta Emilia Centro per la profilazione genomica estesa NGS in attuazione al DM 30 Maggio 2023 e alla DGR 2140 del 12/12/2023;

- L'acquisizione della strumentazione validata per l'analisi e la diagnostica dei campioni in auto-prelievo "Home-Based" per la ricerca di HPV oncogeni da parte di AOIFE, essendo la provincia di Ferrara sede HUB per lo screening della Cervice Uterina nell'Area Vasta Emilia Centro;
- Il consolidamento delle attività nell'ambito delle altre reti cliniche di rilievo regionale, oltre a quella oncologica: cardiologica e chirurgica cardio-vascolare (con particolare riferimento alla cardiologia interventistica e alla possibilità recentemente acquisita da AOIFE, di effettuazione della TAVI), senologica, tumori ovarici, terapia del dolore, neuroscienze, malattie rare, tumori rari e cure palliative pediatriche;
- L'implementazione ed il potenziamento dei percorsi di presa in carico del paziente in alcuni ambiti strategici aziendali (per es. Centro delle Patologie Tiroidee e Paratiroidee della p. di Ferrara, Rete Oftalmologica della p. di Ferrara, Rete Riabilitazione Territoriale della p. di Ferrara, Rete Pneumologia territoriale della p. di Ferrara, Rete Malattie Infettive territoriale della p. di Ferrara, Lupus Unit), così come il potenziamento di Strutture Hub a livello regionale (ad esempio il Day Hospital Talassemie ed Emoglobinopatie);
- Lo sviluppo dell'attività di Anestesia pediatrica, rafforzando anche il percorso nascita e le attività pediatriche specialistiche;
- Il potenziamento dell'offerta provinciale di chirurgia vascolare, con particolare attenzione all'attività di protesica endovascolare, al fine di rispondere all'invecchiamento della popolazione e alla crescente incidenza di patologie vascolari;
- Implementazione del progetto "Clinica Oculistica Virtuale", un modello di assistenza oculistica innovativo, digitale e integrato tra ospedale e territorio, al fine di sviluppare attività di Follow-up da remoto per patologie croniche (es. glaucoma, retinopatie) e promuovere un accesso più semplice alle cure in base alla priorità clinica;
- Sviluppo dell'attività di chirurgia robotica, in coerenza con le Linee Guida Regionali (DGR 639/2025).

STRUTTURE COMPLESSE

Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, assegnati con DGR n. 743 del 25/06/2020, prevedono per le Aziende ferraresi la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per un'unificazione di livello provinciale.

Con la Delibera n. 260 del 4/12/2020 avente ad oggetto: "Avvio percorso integrazione Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara" (che richiama gli obiettivi di mandato conferiti dalla Regione Emilia Romagna in sede di affidamento dell'incarico di Direttore Generale dell'Azienda USL di Ferrara di cui a DGR n. 743 del 25 giugno 2020 e di Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara di cui a DGR n. 748 del 25 giugno 2020), viene formalmente avviato un percorso finalizzato alla creazione delle condizioni per una unificazione di livello provinciale.

Tale percorso di unificazione trova anche diversi riferimenti in atti deliberativi della Giunta regionale:

- La Delibera n. 158 del 29/07/2021 avente ad oggetto "Approvazione del Progetto di integrazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara: verso la sperimentazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria della provincia di Ferrara";
- La Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1845 del 27/10/2021 "Riavvio del processo di unificazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitarie di Parma e Ferrara – Verifica delle condizioni di fattibilità";
- La Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna n. 7868 del "Istituzione Gruppo tecnico multiprofessionale 27/04/2022 per verificare le

condizioni di fattibilità del progetto di unificazione delle AUSL e AOU di Parma e Ferrara - Attuazione DGR n. 2281/2021" che prevede la realizzazione di una relazione tecnica finale di fattibilità del progetto di unificazione delle Aziende USL e Ospedaliero - Universitarie di Parma e di Ferrara;

- La Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1293 del 27/07/2022 avente ad oggetto "Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – Designazione del Commissario straordinario", con si ribadisce la necessità della realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale.

L'attuale quadro istituzionale dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, assumono come riferimento le strategie, gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna, quale responsabile della programmazione e del controllo necessari a creare le condizioni affinché le Aziende realizzino l'uniformità delle garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento prevedendo, la realizzazione del modello di governance locale che contempli un percorso di unificazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;

A Ferrara il percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera è attualmente in essere anche attraverso la messa in comune di servizi, strutture e Dipartimenti su scala provinciale.

Le azioni messe in atto nell'ultimo triennio hanno portato all'elaborazione, da parte della Direttrice Generale, in stretta integrazione con la Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara, del nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi).

Il nuovo assetto descritto nei precedenti paragrafi, condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale è stato formalizzato con deliberazione del 16/03/2023 e ha determinato, nella cornice riorganizzata dei dipartimenti interaziendali, sia ospedalieri, sia dell'assistenza territoriale, sia dei Dipartimenti dei Servizi trasversali e di Supporto, diverse modifiche anche nell'assetto e nell'istituzione delle strutture complesse, dettagliatamente indicate negli atti deliberativi adottati da entrambe le aziende sanitarie della provincia ferrarese:

- Delibera n. 68 del 16/3/2023 dell'Azienda USL di Ferrara;
- Delibera n. 84 del 16/3/2023 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara;
- Delibera n. 151 del 01/6/2023 dell'Azienda USL di Ferrara;
- Delibera n. 163 del 01/06/2023 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara;
- Delibera n. 174 del 16/06/2023 dell'Azienda USL di Ferrara;
- Delibera n. 178 del 16/06/2023 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Con nota PGR n. 17964 del 15/03/2023, la Direzione strategica delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara ha trasmesso al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna il nuovo assetto organizzativo delle due aziende sanitarie provinciali condiviso con la Magnifica Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara.

Nonostante le difficoltà di reclutamento che hanno coinvolto tutte le discipline mediche, nel corso dell'anno 2025 sono stati conferiti i seguenti incarichi di Struttura Complessa, in linea con le indicazioni contenute nel "Progetto di Integrazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara: verso la sperimentazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria della Provincia di Ferrara" e precisamente:

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara:

- Direttore UOC Neurologia Provinciale afferente al DAI Neuroscienze;

- Direttore UOC Talassemia ed Emoglobinopatie afferente al DAI Medicina Specialistica;

Per l’Azienda USL di Ferrara:

- Direttore U.O.C Cure Primarie afferente al Dipartimento DAI Cure Primarie;
- Direttore U.O.C., Chirurgia della parete addominale afferente al Dipartimento DAI Chirurgico;
- Direttore U.O.C. Screening Oncologici Provinciale afferente al Dipartimento DAI Onco-Ematologia;

Infine, come da programmazione aziendale e sulla scorta delle necessarie autorizzazioni regionali, è stata portata a compimento la procedura di selezione interna ed è stato attribuito il conseguente incarico di responsabilità di struttura complessa a valenza interaziendale, che si collocano all’interno del Dipartimento di Staff nell’area della PTA:

- UOC Libera Professione, afferente al Dipartimento di Staff della Direzione Generale.

La riorganizzazione messa in atto è da considerarsi dinamica e comporta azioni di miglioramento e di aggiustamento continuo, nell’ottica della semplificazione, in coerenza con gli obiettivi aziendali, regionali e nazionali, tenuto anche conto della necessità di raggiungere un equilibrio complessivo di strutture in una logica di integrazione dei servizi in conformità a quanto previsto dal DL 158/2012 convertito dalla legge 189/2012;

Al fine di rendere l’organizzazione delle Aziende Sanitarie ferraresi più aderenti ai fabbisogni assistenziali espressi nella provincia, è necessario rivedere alcuni aspetti dell’attuale assetto organizzativo assistenziale allo scopo di sviluppare le attività e i percorsi attualmente in essere.

Si riassume, di seguito, un riepilogo delle strutture complesse vacanti e di quelle attribuite a seguito di manifestazione di interesse in relazione al processo di ridefinizione delle competenze della struttura precedentemente ricoperta, sia dell’Azienda USL, sia dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Le strutture complesse vacanti, che rivestono un ruolo determinante, nel breve periodo, nel processo di sviluppo del novo assetto dipartimentale, vanno inserite comunque in una logica di adeguamento dinamico richiesta dallo sviluppo del processo in argomento:

Le Aziende, sulla scorta delle necessarie autorizzazioni regionali, sono impegnate, per il 2025, alla conclusione delle procedure selettive delle seguenti strutture complesse in esito ai quali verranno attribuiti i relativi incarichi di responsabilità di struttura:

Azienda USL di Ferrara:

- SC di Radiologia Senologica;
- SC Governance ed integrazione della Rete ospedaliera provinciale in Staff;
- SC Fragilità, fasce deboli e Rete Socio-sanitaria in Staff;

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara:

- SC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva provinciale afferente al Dipartimento DAI Medicina Specialistica;
- SC Radiologia Interventistica della Provincia di Ferrara afferente al Dipartimento DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio;
- SC Chirurgia Plastica afferente al Dipartimento DAI Testa Collo;
- SC Formazione e processi della docenza integrata afferente al Dipartimento Interistituzionale dello Sviluppo e dei Processi Integrati;

AREA SANITARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DEL COMPARTO SANITARIO DELLE AZIENDE SANITARIE FERRARESI

Il PTFP è stato configurato, quale strumento di programmazione flessibile che dovrà essere adattato in funzione di scenari evolutivi oggi non pienamente prevedibili, anche in funzione dell'evoluzione del quadro epidemiologico.

Parallelo a questo scenario di stretta contingenza sanitaria, è stato valutato il più generale contesto di sviluppo tecnologico e di rivisitazione strutturale previsti dal Piano Nazionale di ripresa e Resilienza in funzione dei massicci investimenti che stanno interessando il Servizio Sanitario Nazionale e che, data la loro portata, rendono e renderanno necessarie integrazioni professionali, che verranno meglio dettagliate di seguito.

A Ferrara si è dato avvio ad alcuni importanti progetti strategici (il progetto Azienda Sanitaria Digitale, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Argenta: integrazione tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Ferrara, il potenziamento della rete degli OSCO e Hospice in provincia di Ferrara e la riqualificazione della Casa della Comunità di Ferrara, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale del Delta, l'introduzione dell'Infermiere di comunità, il progetto di riorganizzazione del Sistema dell'emergenza Urgenza, lo sviluppo delle COT etc.) che costituiscono i mattoni fondanti del progetto di sviluppo della nuova sanità ferrarese. Un ruolo di fondamentale importanza è stato riservato alla dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo che rappresentano attività interne che stanno alla base della crescita professionale del personale impiegato in Azienda, e, dunque, hanno un effetto diretto sui livelli di qualità ed efficienza delle attività cosiddette "core" e delle attività di supporto.

Particolare attenzione è stata anche data all'area dello sviluppo organizzativo, nella quale sono comprese tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del capitale umano dei professionisti, attraverso strumenti che valutano la gestione della performance, a partire dalla individuazione delle competenze e il conseguente sviluppo delle capacità professionali, incluso il lavoro in team, la relazione e l'ascolto dei pazienti, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi. Non ultimo la Direzione Aziendale ha lavorato per delineare un quadro organizzativo e funzionale idoneo a realizzare, nel medio periodo, le condizioni per l'unificazione delle due aziende sanitarie provinciali.

Il Piano Triennale del fabbisogno del Personale delle Professioni Sanitarie del triennio 2025 – 2027 si inserisce nell'ambito della neo-istituita Direzione Assistenziale quale funzione di Direzione Strategica e che costituisce una declinazione e specificazione delle scelte strategiche in merito all'impiego delle risorse umane del comparto e della Dirigenza sanitaria area professioni sanitarie, complessivamente considerate. In qualità di componente della Direzione Strategica, supporta la programmazione e lo sviluppo di programmi e progetti da realizzarsi durante il periodo di vigenza del Piano e che avranno Direzione Assistenziale come chiave di lettura dominante le seguenti direttrici:

- Forte integrazione del sistema sanitario, sia in senso orizzontale che verticale, con una particolare attenzione al rapporto ospedale-territorio;
- Rafforzamento dei servizi territoriali con l'istituzione di nuove strutture e un ripensamento dei modelli organizzativi di riferimento, in linea con quanto richiesto dal PNRR e dalle indicazioni che provengono dalle linee di indirizzo condivise con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome;
- Un rafforzamento dell'assistenza ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda l'ammodernamento tecnologico e le aree intensive e sub intensive;
- Un utilizzo della ricerca e delle conoscenze scientifiche per le decisioni e le politiche aziendali.

In particolare, le Aziende AUSL e AOU, perseguono la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina;
- Potenziamento della capacità produttiva: valutazione;
- Potenziamento della capacità produttiva: valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, anche attraverso l'applicazione degli "Schieramenti di Sala Operatoria" secondo le Linee di indirizzo RER – Luglio 2023 Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa;
- Monitoraggio liste d'attesa;
- Passaggio dal modello hub and spoke a quello dell'hospital network: la creazione di reti è il nuovo asse portante sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distinte ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focused-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali.

Politiche di valorizzazione delle professionalità della Dirigenza delle Professioni Sanitarie e Sociale e del comparto sanitario delle Aziende Sanitarie Ferraresi

Le Aziende Sanitarie Ferraresi hanno un gap generazionale importante, a causa delle forti limitazioni al turnover imposte dalla crisi finanziaria degli ultimi 10 anni, e dalla carenza, in particolare, di professionisti infermieri a livello regionale e nazionale che rende difficoltosa la costruzione della visione di insieme del capitale umano. Ci si è pertanto attivati su percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.

Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta. L'Azienda ha pertanto orientato il suo coinvolgimento in tale senso, incontrando e portando le proprie esperienze a conoscenza dei giovani universitari. Creare momenti di confronto diretto è per l'azienda una metodologia che spinge i giovani a confrontarsi con la realtà concreta e in continua evoluzione dell'azienda, soprattutto sotto l'aspetto manageriale.

Con Delibera n. 55 del 20/03/2018 e seguenti integrazioni sono state approvate le convenzioni con l'Università degli Studi di Ferrara per l'inserimento delle strutture dell'Azienda USL di Ferrara nella rete formativa dell'Università quali sedi collegate e complementari delle Scuole di Specializzazione.

L'Azienda, inoltre, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità. Al fine di garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, prosegue, con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro "precari".

La Direzione Assistenziale ha avviato un processo di valorizzazione delle professioni sanitarie meno rappresentate dal punto di vista numerico, tra cui Ortottiste, Dietiste, Ostetriche, Tecnici Sanitari Laboratorio Biomedico, ma che svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito dell'organizzazione provinciale. Sono in corso la mappatura delle competenze ed il tracciamento delle prestazioni, i piani di ampliamento e trasferimento

di abilità attraverso processi di task shifting al fine di garantire una gestione flessibile ed in alcuni casi interscambiabile rispondente alla variabilità organizzative. Il Task Shifting (TS) costituisce una importante strategia finalizzata alla appropriatezza organizzativa rispetto ai diversi percorsi curriculari accademici e si pone l'obiettivo di garantire un impiego efficiente e al contempo coerente con le competenze possedute dai diversi profili delle professioni sanitarie.

I risultati di revisioni sistematiche sottolineano che un corretto TS può ridurre la morbilità e la mortalità e merita una maggiore attenzione e una valorizzazione come strumento in grado di contribuire allo sviluppo professionale ed organizzativo.

Area Dirigenza Sanitaria – Professioni Sanitarie Aziende Sanitarie Ferraresi

Il consolidamento dei percorsi di valorizzazione delle professioni Sanitarie attraverso lo sviluppo dei nuovi ruoli direzionali delle professioni sanitarie dirigenti, attraverso l'istituzione dello staff della Direzione Assistenziale con i seguenti profili di dirigenti delle professioni sanitarie nel triennio 2025 - 2027 n. 3 dirigenti area infermieristica e/o aree tecniche/riabilitative/della prevenzione:

1. Dirigente Tecnico – Assistenziale DAI Cure Primarie
2. Dirigente Tecnico – Assistenziale DAI Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
3. Dirigente Tecnico – Assistenziale Sicurezza delle Cure, Qualità e Accreditamento

Area Comparto Sanitario - Professioni Sanitarie e Sociale Azienda AUSL

1. Consolidamento della Territorialità correlate alla Missione 6 "salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: casa come primo luogo di cura Assistenza domiciliare e telemedicina

La missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, evidenzia l'importanza delle tecnologie, delle competenze digitali, professionali e manageriali per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati, programmazione. La missione 6 si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

La prima è destinata a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al consolidamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La seconda è rivolta all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Sulla base della pianificazione delle attività è necessario tener conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzabili attraverso l'impiego di nuove tecnologie.

L'Azienda USL prosegue nel percorso di attuazione dei progetti di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento/integrazione di attività e funzioni sanitarie e assistenziali.

Per raggiungere tale continuità di risultati è stata adottata una politica del personale impostata sulla valorizzazione delle risorse umane, non disgiunta da azioni ed integrazione di attività, servizi e funzioni in cooperazione e continuità tra le due Aziende Ferraresi.

1.1 Consolidamento della Riabilitazione Domiciliare - Fisioterapista domiciliare e Sviluppo Riabilitazione Domiciliare – logopedista nelle case della comunità

Nella provincia di Ferrara l'attività riabilitativa in ambito territoriale ha visto negli anni una forte cooperazione con le cooperative locali, a fronte dell'assenza di una rete aziendale e di una conseguente disomogenea risposta nei territori afferenti ai tre distretti socio-sanitari. La Direzione Strategica ha impostato una linea di sviluppo della riabilitazione territoriale allineando l'offerta in ogni territorio e garantendo una tempestiva presa in carico nella continuità Ospedale -Territorio, nonché correlata allo sviluppo della neo istituita Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Territoriale.

Gli interventi riabilitativi a domicilio rappresentano la continuità alle cure territoriali di quanto realizzato e rientrano nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Il progetto riabilitativo e la sua articolazione in programmi definisce il tipo di trattamento da erogare, la sua durata, la frequenza degli accessi a domicilio, il care-giver a cui gli operatori fanno riferimento, il risultato atteso e le modalità di valutazione del raggiungimento del risultato.

Nel corso del triennio 2025 – 2027 si procederà al consolidamento dell'attività della riabilitazione domiciliare correlandola alla rete delle Case della comunità presenti sul territorio ferrarese e in particolare presso:

- Casa della Comunità di Comacchio;
- Casa della Comunità di Portomaggiore;
- Casa della Comunità di Bondeno;
- Casa della Comunità di Ferrara/Copparo

1.2 Consolidamento della Riabilitazione di Comunità

Il Fisioterapista di comunità mira sia alla prevenzione sia al miglioramento della gestione delle malattie croniche/neurodegenerative in ogni loro stadio, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema. Il consolidamento dell'intervento del Fisioterapista all'interno della rete della sanità d'iniziativa avrà come focus interventi di prevenzione, propri della medicina d'iniziativa, adeguamenti del contesto abitativo e sociale, anche con interventi di assistenza protesica, attività di supporto a strategie di self-management e programmi di autocura, gestiti secondo la logica di appuntamenti funzionali programmati che comporta il superamento del modello prestazionale di assistenza si accompagna e rinforza un paradigma di cura integrata dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la gestione integrata, prodotto dell'integrazione dei diversi saperi e competenze. Il fisioterapista di comunità si affianca alla funzione dei fisioterapisti domiciliare.

1.3 Consolidamento Radiologia Domiciliare

Il consolidamento delle attività di radiologia di prossimità o domiciliare in senso esteso, porta ad effettuare esami di tipo radiologico in una struttura non ospedaliera, in particolare all'interno di strutture residenziali a valenza socioassistenziale o nel contesto ambulatoriale o presso il domicilio del paziente, e rappresenta una risposta organizzativa innovativa e di prossimità. L'evoluzione della teleradiologia consente l'esecuzione di esami sul territorio e l'acquisizione da parte di un tecnico di radiologia di immagini digitali che possono essere trasmesse via web ad un medico radiologo per la refertazione.

1.4 Consolidamento della rete delle cure palliative Adulti e Pediatriche – Case Manager RLCP Adulti e RLCP Pediatriche

Il consolidamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari dove si articolano i nodi della rete delle cure palliative tra i servizi inclusi all'interno delle strutture delle Case della Comunità, ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza, prestata al paziente che necessita di cure

palliative e ha individuato la rete quale modello organizzativo capace di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La complessità e la variabilità dei bisogni che il nucleo “paziente-famiglia” manifesta, viene ben soddisfatta da una rete assistenziale che oltre ad essere composta da setting diversificati è costituita da un'équipe interprofessionale di operatori che, in maniera flessibile, personalizzata e competente si prendono cura di tutti i bisogni espressi ed inespressi del paziente-famiglia cercando di mantenere o migliorare la loro dignità e qualità di vita al domicilio.

1.5 Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che si configura in un'équipe che afferisce al Dipartimento di Cure Primarie che opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisiva e teleassistenza). Si tratta di un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Gli standard da DM 77/2022 sono: 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

1.6 Sviluppo progettazione ostetrica di comunità

Nella provincia di Ferrara, il grave fenomeno della denatalità ed il conseguente massivo invecchiamento della popolazione, che rispecchia i cambiamenti demografici che stanno interessando il nostro Paese, ha fatto emergere la necessità di migliorare le politiche di welfare sanitario e riconoscere un adeguato valore alla maternità e alla salute della donna e della famiglia. Per questo motivo si propone la pianificazione dell'applicazione del modello di Ostetrica di famiglia e di comunità con la finalità di promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi sanitari, familiari e sociali per accrescerne l'empowerment, la consapevolezza ed il benessere di tutta la famiglia, migliorando il welfare di comunità. L'Ostetrica/o di comunità è un agente di promozione della salute che può agire, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere ed i presidi sanitari del territorio, per la prevenzione, cura, salvaguardia della salute individuale e collettiva, nella rete dei servizi territoriali e specificamente nei consultori, negli ambulatori, nelle scuole, negli ambienti di lavoro, nonché a domicilio.

La presenza della figura di ostetrica di famiglia e di comunità all'interno dei servizi sanitari, consente di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con punti nascita, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, organizzazioni pubbliche e del privato sociale, scuole e servizi sociali nonché quella di sviluppare l'empowerment di comunità e di realizzare un reticolo inter-organizzativo per l'attivazione delle reti solidali socio-sanitarie e di comunità e per il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne e dei minori

1.7 Completamento degli Ospedali di Comunità

L'OsCO come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), 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 assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. L'OsCO è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

In applicazione ai finanziamenti PNRR, si prevedono le attivazioni di:

- Osco a valenza riabilitativa presso la Casa della Comunità di Codigoro, che necessita dell'acquisizione di n°7 infermieri e n°9 OSS e n° 2 Fisioterapisti;
- Osco presso la Casa della Comunità di Bondeno, che richiede l'acquisizione di n°7 infermieri e n°9 OSS e n° 2 Fisioterapisti;
- Osco presso la casa della comunità cittadella San Rocco di Ferrara con il trasferimento del personale attualmente assegnato all'osco presso Ospedale di Cona (attivazione temporanea in attesa di avviare osco presso casa della comunità di Ferrara a San Rocco).

1.8 Consolidamento dell'Infermiere di Comunità

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità' in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.

Il DM 77/2022 individua come standard, da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità, 1 Infermiere ogni 3.000 abitanti, impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

1.9 Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)

Il PNRR definisce due componenti principali nella MISSIONE 6, la prima indica la necessità di potenziare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; tale investimento/riforma, si attua attraverso lo sviluppo delle COT. La COT (Centrali Operative Territoriali), in ogni distretto ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e implementando la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. Attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Le progettualità del modello **COT** nella logica provinciale prevedono n°1 COT Hub e n°3 COT Spoke:

- COT Hub sovradistrettuale presso la CdS di cittadella San Rocco: H12, 7 giorni su 7;
- COT Spoke CdS di Comacchio con una articolazione oraria H8, di 5 su 7 giorni;
- COT Spoke CdS Argenta con una articolazione oraria H8, di 5 su 7 giorni;
- COT Spoke CdS Bondeno con una articolazione oraria H8, di 5 su 7 giorni.

2. Altre progettualità 2025 – 2027 Azienda AUSL

2.1 Consolidamento dei Centri di Emergenza e Urgenza (CAU)

Le Linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie. Relative all'organizzazione dei servizi dell'emergenza Urgenza deliberate a luglio 2024 introducono il modello dei CAU (Centri di Emergenza e Urgenza) sulla base del modello regionale–L'ambulatorio si occupa di prestazioni e assistenza ai cittadini che necessitano di una rapida ed appropriata risposta nell'ambito delle casistiche di bassa complessità nell'area delle Cure Primarie,

in integrazione all'attività svolta dal Medico di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale. La struttura non è un Pronto soccorso e nemmeno un Punto di primo intervento, così come non è prevista assistenza pediatrica.

Tale modello organizzativo ha l'obiettivo di non sovrapporre il Pronto Soccorso, cui ci si deve rivolgere per le situazioni urgenti/emergenti. È previsto il consolidamento dei CAU attivati presso:

- Ferrara in Cittadella San Rocco h 24;
- Copparo h 12;
- Comacchio rimodulazione da h 24 ad h 12 (settembre 2025);
- Bondeno h 12;
- Portomaggiore h 12.

2.2 Consolidamento del Progetto Task Shifting - inserimento del profilo Ortottista – Assistente di Oftalmologia in Sala Operatoria nella chirurgia Oftalmica

Il consolidamento del Progetto di inserimento dell'Ortottista – Assistente di Oftalmologia in Sala Operatoria Oculistica per le attività e le funzioni relative alla chirurgia oftalmica sia di alta e media complessità. Il livello di medio bassa complessità è presente nelle sedi erogative AUSL (Ospedali distrettuali e Case della comunità). Nello specifico l'inserimento del profilo ortottista presso le Case della Comunità e presso gli Ospedali Distrettuali permette di garantire sia l'attività ambulatoriale che l'attività di chirurgia oftalmica a bassa complessità. Il progetto prevede l'inserimento di 3 unità a livello Distrettuale.

2.3 Consolidamento del Progetto adeguamento ed ottimizzazione standard personale OSS: progetto Task Shifting nelle strutture Ospedaliere Provinciali

Il consolidamento del Progetto di adeguamento ed ottimizzazione degli standard del personale OSS in base agli standard assistenziali definiti, permette la promozione e l'ampliamento delle attività assistenziali di base nelle degenze generaliste ed è finalizzato all'implementazione di modelli organizzativi più innovativi. Le succitate progettualità permettono di efficientare l'impiego del profilo infermiere in funzioni e attività core dell'assistenza infermieristica

Area Comparto Sanitario - Professioni Sanitarie Azienda AOU

È in questo contesto che si inseriscono alcuni dei progetti che sottendono la strategia di Task Shifting e che vengono di seguito riportate per i quali si prevedono attività di consolidamento:

- 1. Consolidamento del Progetto di inserimento del Tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico** nel settore di preparazioni farmaceutiche dell'Azienda Ospedaliera, ambito che, rispetto alle consuetudini organizzative, ha visto l'impiego esclusivo di personale infermieristico.
- 2.** Nello specifico nell'ambito della galenica clinica e oncologica è fondamentale il contributo del TSLB, che è il professionista con competenze relative alla gestione delle tecnologie e alla verifica del loro funzionamento, ai processi di gestione qualità, di gestione dei rischi e delle procedure di sicurezza nei luoghi di lavoro e nelle tecniche di allestimento galeniche.
- 3. Consolidamento del Progetto di inserimento dell'Ortottista – Assistente di Oftalmologia in Sala Operatoria Oculistica**
Consolidamento del Progetto di inserimento dell'Ortottista – Assistente di Oftalmologia in Sala Operatoria Oculistica per tutte le attività e le funzioni relative alla chirurgia oftalmica sia di alta e media complessità, presso la Piastra Operatoria dell'AOU.
- 4. Consolidamento del Progetto di implementazione di un nuovo modello organizzativo presso l'UO Nido** con un graduale sostituzione del profilo Infermieristico verso il profilo Ostetrico. Questo permetterà la presenza del personale Ostetrico in tutti i setting assistenziali afferenti all'area materno infantile e garantirà la continuità del percorso clinico assistenziale rivolto alla madre e al neonato. Il progetto per il suo consolidamento prevede il trasferimento graduale delle competenze attraverso percorsi di formazione e training.
- 5. Consolidamento del Progetto di adeguamento ed ottimizzazione degli standard del personale OSS**
Il consolidamento prevede che l'applicazione degli standard assistenziali definiti permetterà la promozione e l'ampliamento delle attività assistenziali di base nelle degenze generaliste ed è finalizzato all'implementazione di modelli organizzativi più innovativi.
- 6. Consolidamento del Progetto Flussista di area chirurgica**
L'inserimento del Flow Manager per la presa in carico e la continuità assistenziale in Area Chirurgica e le future attività di consolidamento del progetto favoriranno il corretto utilizzo dei servizi e dei percorsi chirurgici specifici.
- 7. Consolidamento Centri Clinici di Fase 1 presso U.O. Oncologia**
L'implementazione della ricerca clinica e dei relativi progetti di ricerca nell'ambito della Azienda Ospedaliera prevede un percorso di acquisizione di competenze da parte del personale che deve essere assegnato in via esclusiva alla ricerca clinica. L'avvio della progettualità prevede l'acquisizione di n° 1 infermiere nel secondo semestre 2025.
- 8. Progetto di implementazione percorso di riordino delle urgenze chirurgiche**
Attraverso la rimodulazione delle piastre chirurgiche e dei relativi posti letto chirurgici si prevede l'attivazione di una unità di chirurgia di urgenza presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria per la centralizzazione delle emergenze chirurgiche. Il progetto prevede l'acquisizione di n°7 infermieri e n° 4 OSS nel secondo semestre 2025.

9. Adeguamento requisiti organizzativi di Accredimento RER Delibera 2060 del 06/12/2021

Al fine di adeguare dal punto di vista dei requisiti organizzativi definiti della Delibera 2060 del 06/12/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia Romagna" si rende necessaria l'acquisizione di n°3 infermieri e n°6 OSS per completare la dotazione dell'UO Neurologia- Stroke Unit.

PERSONALE DELL'AREA TECNICO AMMINISTRATIVA

Le condizioni in cui si trovano ad operare le organizzazioni della rete sanitaria pubblica risentono da qualche anno in modo rilevante delle indicazioni assunte in materia di risorse da destinare al sistema; razionalizzazioni, riorganizzazioni, ripensamenti di alcune impostazioni, ma soprattutto interventi diretti su determinati percorsi di erogazione dei servizi e di acquisizione ed utilizzo di alcuni fattori produttivi, rappresentano certamente spunti ed iniziative che contribuiscono ad una maggiore consapevolezza nell'uso delle risorse e ad una responsabilizzazione nell'azione gestionale. Interventi di riorganizzazione efficaci comportano elaborazioni di nuove strategie e azioni, la cui difficoltà intrinseca è il coniugare possibili contenimenti di costi con una mantenimento/crescita del livello qualitativo, se non anche uno sviluppo richiesto dalla tecnologia e dal continuo mutamento dei bisogni. Le azioni attuative in sede locale, di provvedimenti generali nazionali e regionali, richiedono impegno e responsabilità di intensità particolare, indubbiamente più forti rispetto al passato. Uno degli ambiti della rete dei servizi pubblici considerato prioritario per azioni riorganizzative ed obiettivi di contenimento è rappresentato dagli apparati di supporto tecnico amministrativo, per i quali appunto si ripropongono da tempo e ad ogni livello indicazioni di revisioni e snellimenti tali da ridurre le risorse impegnate e nel contempo assicurare ogni strumento utile all'erogazione dei servizi al cittadino.

La dimensione interaziendale di integrazione nel medesimo ambito provinciale, si ritiene rappresenti una opportunità realmente favorevole, sia per le logiche di perseguimento della riduzione costi e dell'efficienza, sia per una gestione coerente, per una omogeneizzazione di metodi e percorsi, contiguità e continuità nei servizi e nelle prestazioni. Collaborazioni professionali più intense, processi amministrativi e tecnici comuni, ovvero unificati, non possono che offrire un significativo valore aggiunto al sistema sanitario provinciale, unitariamente inteso.

L'avvio di strategie per l'integrazione di funzioni, non solo in ambito tecnico amministrativo, tra le Aziende del Servizio Sanitario è stato promosso dalla Regione con diversi provvedimenti contenenti le linee di programmazione di organizzazione e servizi a seguito dei quali sono state assunte diverse iniziative in ambito territoriale provinciale, oltre a quelle già in itinere a livello di Aree Vaste. E così le indicazioni regionali invitano le Aziende a "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle Direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo. Le integrazioni dovranno essere perseguite o su scala di Area Vasta o su scala provinciale; pertanto le Aziende saranno impegnate a sviluppare tali integrazioni con modalità variabile".

Naturalmente processi di tale portata richiedono gestazioni ben ponderate, analisi e valutazioni di impatto su apparati e servizi, nonché grande attenzione soprattutto sul versante delle riorganizzazioni in aree sanitarie, in ragione delle peculiarità territoriali, delle risorse già impiegate, della mappatura dei servizi in erogazione.

Il nuovo governo regionale ha inteso rafforzare gli indirizzi e la logica dell'integrazione, in via prioritaria per quelle attività che possono costituire servizi comuni alle Aziende Sanitarie, indicando obiettivi di riorganizzazione in tal senso a livello provinciale, di area vasta, regionale.

L'apparato amministrativo delle aziende è stato oggetto di un processo di innovazione importante rispetto alle modalità di funzionamento consolidate.

Il fine ultimo perseguito per entrambe le Aziende è stato il passaggio da una concezione "amministrativistica", finalizzata alla neutralità e all'orientamento agli atti, a una che privilegi la strumentalità dell'azione amministrativa rispetto ai processi produttivi e più in generale rispetto al perseguimento dei fini aziendali. In tale ottica, le Aziende hanno sviluppato una significativa ridefinizione di tutta l'area amministrativa tramite un'acquisizione o potenziamento delle competenze gestionali e una equilibrata ripartizione dei compiti tra strutture nuove (ad es. *staff* e nuove unità dipartimentali) e strutture consolidate (servizi amministrativi).

Analogamente a quanto avvenuto con riguardo alla componente assistenziale dell'organizzazione aziendale, anche per la componente tecnico amministrativa si è dato corso ad una profonda revisione organizzativa con l'istituzione di un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale.

Nel corso del 2023 è stata introdotta, al termine di un articolato percorso di valutazione che ha coinvolto tutti i portatori di interesse istituzionali, l'organizzazione dipartimentale anche per la componente tecnico amministrativa.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa delle tecnico amministrative che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi, all'innovazione, al governo delle tecnologie, alla gestione della ampia gamma di professionalità e competenze, allo sviluppo di una rete di servizi efficaci, efficienti, sicuri e di qualità.

I Dipartimenti hanno una valenza territoriale estesa all'ambito territoriale dell'Azienda USL, assicurando il governo unitario delle attività assistenziali tecnico amministrative.

Sono strutture complesse che aggregano una pluralità di strutture organizzative - quali Aree Dipartimentali, Strutture Complesse, Strutture Semplici, Programmi - e di incarichi di funzioni di natura professionale per mission prevalente.

In particolare, sono stati attivati:

- il Dipartimento Staff della Direzione Generale;
- il Dipartimento Interistituzionale dello Sviluppo e dei Processi Integrati;
- il Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche;
- Il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie Sanitarie.

Con riguardo alle due aree, intese complessivamente, obiettivi prioritari del presente piano sono quindi:

- Garantire il miglioramento quali-quantitativo degli assetti organizzativi di area tecnico amministrativa, con analisi puntuale sui profili in cessazione, per un adeguamento dinamico dei profili afferenti alle due aree;
- Sviluppare un processo di analisi e confronto con i Direttori delle Unità Operative a valenza interaziendale afferenti ai sopracitati Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa, preliminarmente a favorire la stabilizzazione delle posizioni lavorative oggi ricoperte in forma precaria, che occupano posti vacanti o comunque che si caratterizzano per una connotazione stabile nell'ambito dell'organizzazione o per lo sviluppo di nuove progettualità;

- Dar seguito, a supporto dei processi di razionalizzazione e sviluppo organizzativo, alle progressioni verticali, in applicazione dell'art. 22, c. 15 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.mi. e dell'art. 1, comma 268, lett. b) della legge di bilancio 2022;
- Il consolidamento della procedura di definitiva trasformazione del personale non più idoneo a mansioni assistenziali ed il suo definitivo inquadramento in area tecnico amministrativa;
- Dare seguito al reclutamento c.d. "speciali" (progressioni interne), nel rispetto del principio dell'adeguato accesso dall'esterno, complessivamente garantito nel triennio di programmazione, nella percentuale minima del 50% delle assunzioni;
- Prosecuzione del reclutamento di personale afferente alle categorie protette ex legge 68 in aderenza agli impegni assunti con le specifiche convenzioni con il Centro per l'Impiego.

Inoltre, l'Azienda continua l'impegno, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. In particolare, è proseguito l'impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per le attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU.

A tale riguardo, particolare attenzione è stata posta all'implementazione del modulo informatizzato di gestione delle procedure selettive e di reclutamento su GRU. Infatti, il Servizio Comune di Gestione del Personale, completata la parametrizzazione del modulo in argomento, e ha proceduto con l'utilizzo del software, sia per la compilazione delle domande da parte dei candidati, sia per la valorizzazione dei punteggi da attribuire per i titoli dichiarati. Le procedure di stabilizzazione del personale precario ex legge 234/2021, sono state tutte impostate con il modulo GRU dei concorsi. Sono inoltre già state trattate con il modulo GRU anche per tutte le procedure concorsuali bandite secondo la programmazione aziendale.

Le aziende provinciali hanno attivato, in aderenza al cronoprogramma regionale il passaggio ad una nuova procedura informatizzata di gestione delle presenze/assenze, sempre nell'abito delle iniziative riguardanti il pieno sviluppo del sistema informatizzato di gestione delle risorse umane GRU. Nell'ambito di tale componente dell'applicativo, le Aziende sono impegnate anche nel corso del 2025 a garantire, in stretta collaborazione con la Cabina di regia regionale (all'interno della quale è inserito quale componente anche un collaboratore del Servizio) e con la Ditta aggiudicatrice, lo sviluppo e la personalizzazione del programma di gestione presenze per un adattamento dinamico alle regolamentazioni aziendali in continua revisione nell'ottica dell'unificazione.

Proseguirà inoltre, anche tramite la partecipazione al "Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale" attivato dall'OIV-SSR, il percorso in materia di valutazione del personale in continuità con le azioni già avviate per la revisione ed armonizzazione del sistema di valutazione integrata del personale, in linea con le indicazioni sia di livello nazionale che regionale, in particolare le Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende Sanitarie" e in aderenza ai percorsi ed al relativo monitoraggio contenuti nel Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del Sistema di Valutazione 2023-2025 adottato con delibere n. 288 del 27/10/2023 e n. 307 del 26/10/2023 rispettivamente dell'Azienda Usl e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

La realizzazione di quanto previsto dal Piano di sviluppo, avviene compatibilmente con la sistematizzazione di tutti gli aspetti tecnici del sistema informativo GRU e del relativo Modulo "Valutazione 2.0" e tenuto conto del percorso di integrazione tra le due Aziende provinciali ferraresi teso all'omogeneizzazione di tutte le procedure prima della loro trasposizione nei sistemi informatici.

Le azioni, in coerenza con i contenuti strategici indicati nel PIAO 2023-2025 in merito allo sviluppo delle risorse umane (riportate nella Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione) e della Guida alla Valutazione aziendale integrata del personale aggiornata e pubblicata per il 2024, in apposita sezione di “Amministrazione Trasparente” nel sito aziendale, hanno altresì tenuto conto delle indicazioni dell’OIV-SSR, per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale.

In linea con la spinta innovativa data dal nuovo assetto aziendale ancora in corso di perfezionamento, nella seconda metà del 2024 le Aziende ferraresi, hanno lavorato ad una revisione delle schede di valutazione di fine incarico di funzione esistenti in Azienda USL e in Azienda Ospedaliera, con l’obiettivo di elaborarne modelli unici a livello provinciale e prevederne l’implementazione anche nel modulo valutazione del SW GRU. Le schede rielaborate (una per incarichi organizzativi e una per incarichi professionali). Dopo il parere favorevole anche da parte delle rappresentanze sindacali aziendali e la loro validazione da parte dell’OAS nei primi mesi del 2025 tale modello unico di scheda è stato definitivizzato e sono in corso i contatti con la ditta informatica per il conseguente recepimento nel modulo valutazione.

Inoltre, la sottoscrizione dei nuovi CC.CC.NN.LL della dirigenza Area Sanità del 23/01/2024 e della dirigenza Area Funzioni Locali del 16/07/2024, ha fatto sì che le Aziende Sanitarie ferraresi abbiano avviato durante il primo semestre del 2024, la revisione delle procedure per la valutazione di fine incarico dei dirigenti, attualmente impostate con format di schede di valutazione (prima istanza, collegio tecnico) diverse tra le due Aziende, nonché con iter differenti, per arrivare ad una omogeneizzazione a livello provinciale di tutta la documentazione e delle procedure oltre che ad una Regolamentazione unica dei Collegi Tecnici.

Il documento rielaborato, nella seconda metà del 2024, è stato trasmesso alle Organizzazioni Sindacali le quali, in particolare quelle dell’Area Sanità, hanno ritenuto di rinviare la discussione della materia oggetto di confronto nel 2025.

Le Aziende Sanitarie ferraresi inoltre, anche se non previsto nei rispettivi PIANI 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del Sistema di Valutazione, nella seconda metà del 2024, al termine di un lungo iter di contrattazione integrativa aziendale, hanno proceduto con l’inserimento dei criteri per l’attribuzione della differenziazione del premio di risultato (premio per le eccellenze) nell’ambito degli Accordi per la finalizzazione dei rispettivi Fondi di ciascuna Area contrattuale valevoli già sull’anno 2024.

Sono proseguite, le attività per garantire l’evoluzione del sistema di valutazione del personale dell’Azienda Ospedaliera tramite il collegamento con il modulo valutazione del SW GRU. In particolare il processo per l’attivazione e l’estensione di utilizzo con il supporto della cabina di regia coordinata dalla Regione ed i referenti informatici del GRU, ha riguardato tutte le relative azioni tese al miglioramento e messa a regime del Modulo per le “Verifiche” (propedeutico al futuro avvio della “Valutazione Incarichi”) già esistente in Azienda, con il completamento entro il 31/12/2024 anche degli istituti di verifica inerenti alla gestione dei istituti di esclusività.

La Valutazione annuale delle competenze e del contributo individuale relativa all’anno 2024 per la parte del valutatore si è conclusa nel primo semestre 2025 per ogni profilo valutativo con la scheda di valutazione (omogenea nelle due Aziende provinciali) implementata nel nuovo modulo informatizzato e compilata da parte di tutti i valutatori, mentre entro Luglio 2025 è prevista la chiusura anche della fase in capo ai valutati con il feedback.

Entro il 2025 l'esito delle valutazioni annuali (contributo e competenze) di ciascun profilo valutativo con le relative statistiche, in continuità con gli anni precedenti, verrà trasmesso alla UOC Formazione e processi della docenza integrata per la definizione dei fabbisogni formativi.

Entrambe le Aziende, attraverso i delegati del Servizio Gestione del Personale, sia di parte giuridica, sia di parte economica, parteciperanno attivamente a tutti i tavoli regionali e a tutti gli incontri organizzati dalla RER promuovendo, attraverso l'adozione degli adempimenti amministrativi richiesti, un'omogenea applicazione degli istituti contrattuali sia a livello economico che normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Le Aziende sanitarie provinciali sono altresì state impegnate orientate a dare seguito, nel corso del 2024 e lo saranno anche negli esercizi successivi, agli impegni assunti con il Centro per l'Impiego nell'ambito di specifiche convenzioni. All'inizio del 2024 sono state svolte procedure di reclutamento specifiche e finalizzate all'assunzione di personale afferente alle categorie protette ex legge 68. Sono conseguentemente stati inseriti nelle due aziende sanitarie ferraresi i vincitori delle suddette selezioni che sono stati inseriti in articolazioni organizzative a valenza amministrativa.

Proseguirà comunque, anche nel 2024, un ulteriore percorso di reclutamento per garantire il rispetto degli impegni assunti con le citate convenzioni con il Centro per l'Impiego nell'ambito delle categorie protette.

AZIONI DI GESTIONE COMPLESSIVA DEL PERSONALE:

Le Aziende, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, hanno proceduto nella direzione del riconoscimento delle professionalità nell'ambito del sistema interaziendale complessivamente inteso. Al fine di garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, è proseguito, con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro "precari", quale strumento di valorizzazione delle competenze ed esperienze maturate a garanzia della qualità e continuità dei servizi.

Per quanto riguarda le stabilizzazioni, l'art. 1, comma 268, lett. b) della legge di bilancio 2022, pone una norma transitoria per la stabilizzazione – mediante contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato – del personale del ruolo sanitario e degli operatori socio- sanitari aventi (in base a rapporti a termine) una determinata anzianità di servizio presso enti ed aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ivi compresi quelli non più in servizio. Tale nuova possibilità può trovare applicazione, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale e nel rispetto dei limiti generali di spesa per il personale.

Le Aziende, portando avanti il percorso avviato nel 2018, hanno già proceduto alla stabilizzazione, per il 2022 delle situazioni di precariato del personale in possesso dei requisiti previsti dal "Decreto Madia" e hanno proseguito anche negli anni 2023 e 2024 il processo di implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017, anche in relazione alle successive modifiche legislative, ivi comprese quelle contenute nel Decreto Legge n. 183/2020, convertito nella legge n. 21/2021 e negli ulteriori strumenti definiti dal legislatore. Inoltre, in linea con le indicazioni regionali e con i tavoli di confronto specificatamente istituiti, si

darà seguito nel corso del 2024 alla stabilizzazione del personale precario in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e all'art. 1 comma 268 della legge n. 234/2021.

Accanto a questo, si intende sviluppare le progressioni verticali, il consolidamento della procedura di definitiva trasformazione del personale non più idoneo a mansioni assistenziali ed il suo definitivo inquadramento in area tecnico amministrativa previa individuazione ragionata della appropriata ricollocazione dell'operatore sanitario, al fine di garantire il suo mantenimento al servizio attivo, in un nuovo profilo professionale assegnato con le garanzie previste dal CCNL dell'area di appartenenza.

Il consolidamento della procedura di definitiva trasformazione del personale non più idoneo alle mansioni assistenziali rappresenta un obiettivo strategico di primaria importanza per le due Aziende Sanitarie ferraresi. Tale processo è finalizzato a garantire la continuità lavorativa e il benessere dei lavoratori coinvolti, nonché a ottimizzare l'organizzazione interna delle risorse umane attraverso una redistribuzione efficiente delle competenze disponibili. Il percorso prevede l'inquadramento definitivo del personale interessato all'interno dell'area tecnico-amministrativa, previa individuazione personalizzata e motivata della mansione più adatta, compatibile con le condizioni psico-fisiche del dipendente. L'obiettivo principale è il mantenimento in servizio attivo del personale, salvaguardando nel contempo i diritti contrattuali previsti dal CCNL dell'area di appartenenza. Particolare rilievo assume, per l'anno 2025 e per l'intero triennio 2025–2027, lo sviluppo e il perfezionamento del percorso di re-inquadramento del personale non più idoneo a funzioni assistenziali. Tale percorso risponde a una duplice esigenza:

- Ridurre l'impatto organizzativo causato dal turnover del personale nell'area tecnico-amministrativa;
- Offrire un quadro aggiornato e realistico della forza lavoro effettivamente impiegata nei servizi sanitari.

A supporto del processo, è stato recentemente completato il Regolamento aziendale che definisce in modo puntuale le modalità operative per l'attuazione delle trasformazioni e delle ricollocazioni. A partire dal 2025, sulla base di quanto stabilito nel Regolamento, si procederà con la formalizzazione degli inquadramenti definitivi per tutto il personale coinvolto, attraverso una valutazione accurata, multidisciplinare e trasparente delle condizioni di salute e delle capacità residue dei lavoratori. Tale attività comporta – e continuerà a richiedere – un coordinamento strutturato tra diversi uffici aziendali, in particolare:

- Ufficio Risorse Umane;
- Servizio di Medicina del Lavoro;
- Medicina Legale;
- INPS e altre istituzioni esterne coinvolte.

A titolo indicativo, per le due Aziende ferraresi (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara - AOUIFE e Azienda USL di Ferrara - AUSLFE), si prevede la necessità di sottoporre a visita medica circa 100 dipendenti, ai fini della conferma dello stato di idoneità totale alle mansioni originarie. La fase successiva prevede la ricollocazione operativa dei lavoratori, orientata verso mansioni compatibili con lo stato di salute e coerenti con le esigenze organizzative dell'Azienda. La valorizzazione delle competenze professionali residue rappresenta un elemento centrale per assicurare l'efficienza operativa.

Particolarmente significativo anche l'impegno, condiviso con le organizzazioni sindacali dell'area del Comparto, già anticipato nel corso del 2024, ad intraprendere il percorso di valorizzazione delle professionalità interne, con particolare riguardo a quelle inserite nell'area tecnico-amministrativa, finalizzata a riconoscere e sviluppare le competenze espresse, promuovendo attraverso selezioni interne, la progressione verticale tra le diverse aree.

In attuazione delle determinate nn. 570 – 569 – 568 del 12/05/2025 dell’Azienda USL e delle determinate nn. 371 – 370 – 372 del 12/05/2025 dell’Azienda Ospedaliero Universitaria, in sede di prima applicazione, secondo quanto previsto dall’art 21 del CCNL comparto sanità 2019/2021 del 02 novembre 2022 e dal regolamento (approvato con Deliberazione n. 321 del 25/11/2024) disciplinante le procedure selettive per la progressione verticali interne per i passaggi da una area a quella immediatamente superiore riservate al personale di ruolo e all’interno del ruolo stesso, sono stati emessi i seguenti bandi di selezione interna per la progressione verticale.

DALL’AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO ALL’AREA DEGLI OPERATORI	AZIENDA USL	AZIENDA OSP. UNIVERSITARIA
POSTO DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	6	1
POSTI DEL RUOLO TECNICO	5	7

PROGRESSIONE VERTICALE DALL’AREA DEGLI OPERATORI ALL’AREA DEGLI ASSISTENTI	AZIENDA USL	AZIENDA OSP. UNIVERSITARIA
POSTO DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	1	1
POSTI DEL RUOLO TECNICO	1	2

PROGRESSIONE VERTICALE DALL’AREA DEGLI ASSISTENTI ALL’AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	AZIENDA USL	AZIENDA OSP. UNIVERSITARIA
POSTO DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	5	7
POSTI DEL RUOLO TECNICO	4	4

TOTALI	22	22
---------------	-----------	-----------

Anche nel corso degli anni 2023 e 2024, così come pure nei primi mesi del 2025, il reclutamento del personale della dirigenza medica è stato condizionato dalla carenza di alcune tipologie di specialisti (in particolare medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza, pediatria, medicina interna, geriatria, anestesia, gastroenterologia solo per citare i principali), che non è stato possibile o che non risulta tutt’ora possibile assumere nella misura prevista e in modo da soddisfare l’intero fabbisogno aziendale provinciale, nonostante le diverse procedure espletate. Al fine di adottare ogni azione utile a fronteggiare tale criticità ed acquisire il personale nelle discipline carenti, a seguito della sottoscrizione dell’Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e le università di Parma, Modena e Reggio Emilia, Ferrara e Bologna e delle linee guida fornite dall’Osservatorio sulla formazione medica specialistica, le Aziende si sono avvalse della facoltà prevista dal D.L. 35/2019 convertito con legge n. 60/2019, per l’assunzione dei dirigenti medici e sanitari iscritti a corsi di formazione specialistica.

Per quanto riguarda i rapporti di lavoro flessibile, le Aziende Sanitarie ferraresi, a causa della carenza generale di medici e dell’assenza di graduatorie, sia di avviso che di concorso, da cui attingere, si sono avvalse e dovranno continuare ad avvalersi di incarichi di lavoro autonomo per fronteggiare in particolare le necessità di copertura dei turni di attività assistenziale presso l’U.O. di Pronto Soccorso, di Pediatria, di Medicina Interna, di Dermatologia, di Anatomia Patologica, di Laboratorio Analisi, di Ginecologia, di Medicina Riabilitativa, di Farmacia Ospedaliera, di Gastroenterologia, di PMA, di Psicologia Clinica, di Lungodegenza, di Cardiologia.

Per le criticità dei servizi emergenza urgenza ospedalieri, in attuazione del DL 34/23, coordinato con la legge n. 56/23, l'Azienda ha reclutato anche medici in formazione specialistica, ma il limite imposto dalla normativa delle 8 ore settimanali, determina una disponibilità limitata rispetto alle necessità di copertura dei turni di servizio.

Le Aziende Sanitarie provinciali garantiscono il rispetto dei vincoli posti in materia di orario di lavoro dalla normativa di origine comunitaria e, in particolare, dalla legge n. 161/2014 provvedendo costantemente al monitoraggio delle situazioni di criticità, adottando interventi correttivi sulla turistica, sull'organizzazione delle pronte disponibilità, sulla rimodulazione degli orari dei corsi e incrementando l'utilizzo di strumenti di formazione a distanza.

La tutela della genitorialità e gli strumenti di connessi alla conciliazione della vita professionale e della vita privata rappresentano un ambito a cui le aziende sanitarie ferraresi prestano particolare attenzione anche in un'ottica di parità di genere nei diversi contesti di lavoro del territorio provinciale. Tra le principali misure a sostegno della genitorialità, sono oggetto di continua attenzione alcune fattispecie sospensive dal lavoro come i congedi, permessi e aspettative (retribuiti e non) riconosciuti ex lege, affiancati dalle migliori condizioni di favore promosse dai CCNL. Nella consapevolezza che sia fondamentale acquisire le conoscenze generali e specifiche sugli aspetti normativi, gestionali e previdenziali dei predetti strumenti per scegliere i tempi e i modi più adeguati, prosegue l'impegno nell'aggiornamento costante dei flussi informativi a favore dei dipendenti attraverso i canali divulgativi predisposti allo scopo (intranet, sistema informatizzato GRU, circolari informative, procedure inserite nel percorso PAC, ...).

Le Aziende Sanitarie si impegnano a sostenere attivamente lo sviluppo coordinato a livello regionale della business intelligence sul sistema di reportistica e di indicatori ReportER, con riferimento ai contesti giuridico, economico e presenze-assenze per analizzare i dati aziendali, trasformarli in informazioni fruibili e consentire di assumere decisioni più informate, analizzando i dati storici e correnti, sulla scorta di report, cruscotti, grafici, diagrammi e mappe facilmente assimilabili e condivisibili all'interno dell'azienda.

Le Aziende Sanitarie ferraresi sono particolarmente impegnate nel perseguire, con tutti gli strumenti a disposizione, il governo dei **TEMPI DI ATTESA**.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, così come successivamente modificato e integrato, all'art. 1, comma 2, individua fra i principi nel cui rispetto opera il Servizio Sanitario Nazionale quello di equità nell'accesso all'assistenza.

All'art. 14 si sancisce la necessità di adottare misure che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere provvedano ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Sistema Sanitario Nazionale.

In attuazione di questo principio nell'Intesa del 21 febbraio 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono state definite le nuove linee di indirizzo per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) adottato con DGR 603/2019 si recepisce l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia che convergono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Sulla base di quanto contenuto nella DGR 603/2019, l'Azienda USL di Ferrara, con deliberazione del Direttore generale n. 134 del 25/06/2019, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha adottato il Programma Attuativo Aziendale della Provincia di Ferrara ("Adozione del programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021").

A causa dell'emergenza da COVID19 le prestazioni sanitarie sono state sospese determinando un allungamento dei tempi e delle liste di attesa.

Il Ministero della Salute ha indicato attraverso i Piani Regionali per il Recupero delle Liste d'attesa il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate a causa della pandemia.

La Regione Emilia-Romagna, tuttavia, ha sempre garantito le prestazioni urgenti sia per ciò che concerne le visite specialistiche e la diagnostica, sia per la chirurgia.

La strategia pluriennale messa in atto in seguito all'emergenza pandemica ha ridotto i tempi d'attesa in tutte le discipline e nel recupero delle prestazioni non erogate durante l'emergenza COVID.

Si evidenzia che nonostante le iniziate messe in atto a livello regionale e a livello provinciale si riscontrano ancora criticità in alcune discipline specialistiche in merito al rispetto dei tempi d'attesa riconducibili principalmente all'elevato consumo di prestazioni sanitarie e all'inappropriatezza prescrittiva.

A fronte delle difficoltà sopra descritte e viste le nuove sfide che il sistema sanitario si accinge ad affrontare (tra cui aumento della domanda, riduzione di personale sanitario sul mercato del lavoro, potenzialità delle nuove tecnologie, mutamenti demografici ed equità di accesso alle cure), la Regione Emilia-Romagna con la DGR 620/2024 introduce un nuovo paradigma sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

Nel periodo post-pandemico si assiste ad uno squilibrio tra la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali e l'offerta erogata dai Servizi Sanitari Regionali, causa principale dell'incremento delle liste d'attesa.

A tal proposito le Aziende Sanitarie provinciali di Ferrara, correntemente con quanto previsto dalla Normativa vigente, hanno deciso di potenziare quanto già previsto dal PAGLA 2019-2021 e di adottare ulteriori iniziative per far fronte al contenimento dei tempi d'attesa come previsto dalla DGR 620/2024:

GOVERNO DELLA DOMANDA della specialistica ambulatoriale.

Appropriatezza prescrittiva

Dai dati estratti dalla *dashboard* direzionale risulta con evidenza un elevato squilibrio tra le prestazioni prescritte e prenotate in ambito provinciale.

Visto che i principali prescrittori di prestazioni specialistiche sono i medici di assistenza primaria e in particolare i MMG, saranno effettuate analisi maggiormente accurate e interventi puntuali, per avere a disposizione a livello delle singole AUSL indicatori di performance territoriali riferiti ai singoli Nuclei di Cure Primarie e per singolo MMG / PLS. La presenza di indicatori standardizzati (ponderati sul n° di assistiti ed eventualmente anche sul *case mix*) permetterà una valutazione complessiva (con relativi confronti con la

media regionale/aziendale) delle prestazioni erogate sul territorio attraverso l'integrazione dei flussi a disposizione (specialistica ambulatoriale, farmaceutica e assistenza domiciliare).

Presa in carico del paziente da parte dello specialista

A tal proposito e in aggiunta a quanto previsto dalla Normativa regionale di riferimento, Nota Prot. 21/03/2022. 0282798.U – “Assistenza specialistica ambulatoriale. Presa in carico del paziente da parte dello specialista. Indicazioni alle Aziende Sanitarie”, le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara stanno completando l'implementazione dei percorsi clinici uniformi e trasversali coerentemente col progetto di unificazione delle Aziende Sanitarie provinciali.

Negli obiettivi di budget 2024 dei DAI sono stati assegnati obiettivi di incremento e/o sviluppo di attività di telemedicina volta al contenimento dei TdA.

Potenziamento dell'attività di teleconsulto specialistico

Sarà incrementata l'attività e il numero di discipline coinvolte nel teleconsulto tra specialisti e con MMG/PLS al fine di ridurre l'indice di consumo inappropriato di prestazioni specialistiche di primo accesso (si rimanda tabella su indice di consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Digitalizzazione del percorso ambulatoriale

Le Aziende Sanitarie Ferraresi hanno già implementato la dematerializzazione del rilascio della certificazione di esenzione per patologia cronica; tuttavia, per digitalizzare il percorso ambulatoriale è indispensabile anche la dematerializzazione del piano terapeutico.

GOVERNO DELL'OFFERTA

Il fabbisogno

Piano di produzione

Il piano di produzione dell'offerta viene determinato attraverso la definizione di un contratto di fornitura con le strutture private accreditate e attraverso la definizione di un budget annuale di attività con i dipartimenti aziendali integrati (DAI).

In riferimento al piano di produzione di specialistica ambulatoriale dei Dipartimenti Assistenziali Integrati, dal 2025 il suddetto piano verrà prodotto tenendo in considerazione la produzione erogata nel 2024 al netto dei volumi erogati ricorrendo all'acquisto di similALPI e ALP.

Proseguimento dell'attività delle branche specialistiche territoriali

Pneumologia Territoriale

Confermato anche per il 2025 il potenziamento della rete territoriale pneumologica, in linea anche con quanto indicato nel D.M. 77.

Lo sviluppo della pneumologia territoriale è costituito da gruppi distrettuali (equipe medico – infermieristica) orientati allo sviluppo della domiciliarità e della prossimità delle cure e del monitoraggio. I gruppi distrettuali collaborano con gli Infermieri di famiglia e comunità per supportare lo screening rivolto ad utenti con fattori di rischio per l'insorgenza della BPCO.

Riabilitazione Territoriale

Nasce con l'obiettivo di creare una rete per la riabilitazione integrata sul territorio, per garantire un'assistenza di eccellenza in prossimità del paziente.

Il gruppo riabilitativo formato da professionisti delle aree riabilitativa, infermieristica e medica costituisce il fulcro e lo snodo clinico-organizzativo per promuovere nuove modalità di presa in carico ed azioni preventive-curative della popolazione con pluri patologie croniche.

Infettivologia Territoriale

Si rende necessario potenziare la rete territoriale di malattie infettive, in linea con quanto indicato nel D.M. 77, con lo scopo di garantire un'assistenza di eccellenza in prossimità del paziente, basata sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti sul territorio.

Oncologia territoriale (OnCo-nnect)

Nell'ambito dello sviluppo dell'oncologia territoriale e della rete locale delle cure palliative, l'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta un promotore attivo dei percorsi e garantisce un monitoraggio continuativo e livelli educativi permanenti agli utenti oncologici in una logica di prossimità delle cure.

Iniziative a garanzia dei tempi di attesa

Coerentemente con quanto previsto dal PAGLA 2019-2021 e dalla DGR 620/2024, per garantire il rispetto dei tempi di attesa le Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara, con particolare riferimento alle azioni che hanno impatto diretto sulla Gestione delle Risorse Umane, si focalizzeranno nel 2024 sulle seguenti iniziative:

Prosecuzione della standardizzazione e uniformità del tempario delle prestazioni specialistiche

Tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati dovranno adottare lo stesso "tempario", ove logisticamente possibile e a parità di complessità assistenziale, a livello provinciale per le prestazioni di primo livello e di primo accesso.

Utilizzo a pieno regime della dashboard per il monitoraggio e la revisione in tempo reale dell'offerta

Tale strumento informatico, parte integrante della dashboard utilizzata anche per il monitoraggio della domanda di prescrizioni specialistiche, permette:

- Il monitoraggio in tempo reale dell'offerta e delle criticità in maniera preventiva;
- Di stimare il numero di prenotazioni future attraverso un algoritmo di analisi predittiva;
- Di valutare l'appropriata distribuzione dell'offerta specialistica (tipologia di accessi e classi di priorità nelle agende specialistiche) in riferimento della domanda (prestazioni prescritte).

Livelli operativi di Intervento

Le Aziende Sanitarie adotteranno le seguenti azioni ai fini dell'erogazione:

1. Ripianificazione organizzativa ed efficientamento delle agende;
2. Acquisto di prestazioni dalle Strutture Private Accreditate.

Ripianificazione organizzativa ed efficientamento delle agende:

la linea di intervento prevede la riduzione delle attività a minor valore aggiunto e poco professionalizzanti per recuperare un monte ore da dedicare in esclusiva all'attività ambulatoriale. In questo modo l'attività ambulatoriale acquisisce pari dignità e priorità con le altre attività mediche. Verranno pertanto incrementate le profondità delle agende con orizzonte temporale dinamico di almeno 24 mesi per il primo accesso (per gli accessi successivi seguivano già questa regola). Contestualmente sarà implementato un monitoraggio in

tempo reale delle agende per evitare slot inutilizzati legati al fenomeno del “no show” (mancata disdetta della prenotazione entro i tempi previsti).

Disciplina	AUSL					AOU					
	Specialisti convenzionati	Dirigenza	Tecnici di Radiologia	oss	Infermieri/ ortottista/tecnici/ fisioterapisti	Pers. Amministrative	Dirigenza	Tecnici di Radiologia	oss	Infermieri/ ortottista/tecnici/ fisioterapisti	Pers. Amministrative
Oculistica	4				1 ortottista		8			1 ortottista	
Neurologia	2				1 TNFP		6			1 TNFP	
Ortopedia					1 infermiere					1 infermiere	
Cardiologia					1 infermiere		2			1 infermiere	
Ginecologia					1 ostetrica					1 ostetrica	
Dermatologia				1			4		1		
Gastroenterologia	3				1 infermiere		2			1 infermiere	
Radiodiagnostica	1	2			1 TSRM		3			1 TSRM	
Allergologia	4										
Ematologia							1				
Reumatologia	1						2				
Anatomia patologica							1				
Urologia							1				
Lup - medici							2				
Orl					1 audiometrista		5			1 audiometrista	
Pneumologia		1					2				
Anestesia		8					8				
Oncologia							1				
Radioterapia oncologica							1				
Talassemia							1				
Neuroradiologia							3				
Totale	15	11	1	1	8	8	53	1	1	8	0

Assunzioni di personale nei diversi ambiti contrattuali

Dopo avere espletato tutte le azioni fino a qui descritte, in alcuni ambiti specialistici, soprattutto quelli ad elevata criticità di offerta ma anche in quelli ove le attuali dotazioni di personale non garantiscono una continua garanzia di continuità operativa durante tutto l’anno, sono state attivate tutte le modalità di reclutamento per l’acquisizione di risorse umane. Le direzioni sanitarie durante gli incontri di pianificazione delle azioni previste dal piano con i direttori dei DAI e delle UU.OO. hanno definito le specialità ove incrementare le risorse. Analogamente si è proceduto per le valutazioni di incremento risorse del comparto e dei convenzionati.

Le assunzioni previste nel Piano Straordinario sono descritte nella tabella seguente:

La gestione del personale di assistenza a supporto del contenimento dei tempi d'attesa

La Direzione Assistenziale e il Dipartimento delle Professioni Assistenziali, Tecniche, Riabilitative, della Prevenzione e Sociali (DATeRPS), giocano un ruolo cruciale nella pianificazione del contenimento dei tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali. In conformità con la legislazione vigente di livello nazionale e regionale, le previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, la Legge di Bilancio 2024, sono state definite le seguenti azioni di efficientamento a supporto del contenimento dei tempi di attesa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL di Ferrara:

1. Integrazione dei "Regolamenti finalizzati all'effettuazione delle Prestazioni Aggiuntive" con l'addendum dedicato alla riduzione delle liste d'attesa

Gli Addendum ai regolamenti aziendali per l'effettuazione di prestazioni aggiuntive svolte, in via eccezionale e temporanea, dal personale afferente alle professioni sanitarie area comparto, ad integrazione dell'attività istituzionale, hanno lo scopo di favorire la riduzione delle liste d'attesa, efficientando e uniformando in tutte le area outpatient provinciali l'utilizzo del personale di assistenza.

2. Stesura di una istruzione operativa legata al percorso autorizzativo delle prestazioni aggiuntive correlate alla riduzione dei tempi di attesa

Si è reso necessario descrivere il percorso autorizzativo dell'attività svolta in PA-TdA dal personale sanitario Area Comparto di entrambe le Aziende nelle sue varie fasi. Sono state definite le azioni e le relative responsabilità al fine di standardizzare le modalità operative, gli strumenti di rilevazione delle presenze (codice di timbratura dedicato), le fasi di verifica, di rendicontazione e di liquidazione delle ore svolte.

3. Istituzione di nuovi ruoli professionali afferenti all'area delle professioni sanitarie

È stato istituito il ruolo del flow-manager all'interno di due contesti organizzativi con l'obiettivo di ottimizzare l'occupazione dell'offerta delle agende ambulatoriali e della piastra endoscopica:

- Flow-manager delle piastre endoscopiche;
- Flow-manager outpatient.

I due ruoli sono stati declinati all'interno di due Job Description in cui sono definite le funzioni specifiche tra cui:

- Organizzare la presa in carico degli utenti che necessitano di un approfondimento diagnostico e/o follow up utilizzando i percorsi identificati per patologie croniche, assicurando le prestazioni secondo tempi appropriati;
- Fornire informazioni utili al fine di orientare l'utente nel percorso di presa in carico;
- Mantenere i rapporti di comunicazione con le varie equipe e i Medici Specialisti interni coinvolte al fine di organizzare correttamente la lista di lavoro.

4. Definizione degli standard di presenza per la collaborazione e il supporto nelle attività di specialistica ambulatoriale

Al fine di efficientare le presenze del personale di assistenza e di uniformarle per tipologia di prestazione sono stati identificati standard specifici di presenza in relazione alla complessità dell'attività svolta.

Articolazione temporale del Piano di produzione

Il piano descritto dopo la presentazione in Collegio di Direzione Interaziendale, la deliberazione ad aprile 2025 e la presentazione alle singole UU.OO. negli incontri di Budget è immediatamente adottato.

SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI CON LE OO.SS:

In continuità con gli anni precedenti, l'Azienda Sanitaria ha individuato progettualità ed azioni volte alla valorizzazione del capitale umano e allo sviluppo delle competenze e delle nuove professioni, attivando in particolare percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'Azienda tramite percorsi di affiancamento per studenti delle scuole superiori nell'ambito degli stage PCTO, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione nell'ambito del percorso di contrattazione con le rappresentanze sindacali aziendali quali ad esempio progettualità legate a riorganizzazioni aziendali, ad attività connesse alle milestones del PNRR, alla digitalizzazione dei processi, all'implementazione di nuovi software, ecc..

Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta.

In tutto ciò prosegue la spinta innovativa data dal nuovo assetto aziendale formalizzato con deliberazione del 16/03/2023 che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi) e condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale.

Ad inizio 2024, con delibere n. 48 del 26/02/2024 (AOU) e n. 66 del 26/02/2024 (AUSL) e successive delibere n. 82 del 29/03/2024 (AOU) e n. 96 del 27/03/2024 (AUSL) le Aziende Sanitarie provinciali hanno approvato il nuovo Atto Aziendale nonché l'Accordo Attuativo Locale tra le Aziende Sanitarie ferraresi e l'Università degli Studi di Ferrara.

L'Azienda, in linea con le indicazioni dell'OIV-SSR, garantisce l'applicazione ed il monitoraggio dei percorsi volti allo sviluppo e al miglioramento del sistema di valutazione integrata del personale anche con la partecipazione allo specifico Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale ed ha avviato nel mese di Marzo 2024, la valutazione annuale delle competenze individuali per tutto il personale.

Contestualmente, come richiamato nel Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione (Delibera n. 288/2023 di Azienda Ospedaliero Universitaria e Delibera n. 307/2023 dell'Azienda USL di Ferrara), si sono avviate le interfacce con la ditta informatica per l'implementazione in GRU del sistema delle verifiche, nonché la predisposizione di un Regolamento unico dei Collegi Tecnici comprensivo di schede di valutazione omogenee tra le Aziende per le verifiche riconducibili ai Collegi Tecnici. Su tale materia è stato già trasmesso quale informativa preventiva alle Organizzazioni Sindacali dell'Area Sanità e Area Funzioni Locali, bozza della documentazione per la quale le rappresentanze sindacali chiedono l'avvio del confronto durante il 2025.

Sempre nell'ottica della progressiva integrazione ed unificazione delle procedure tra le due Aziende, anche per gli incarichi di funzione dell'Area Comparto si è proceduto alla definizione di un Regolamento interaziendale che disciplina il sistema degli incarichi (delibera n. 162 del 21/05/2024 (AUSL) e n. 133 del 21/05/2024 (AOU)) e alla predisposizione di schede di valutazione di fine incarico uguali tra le due Aziende, aggiornando di conseguenza la Guida alla Valutazione.

Per quanto riguarda questi ultimi aggiornamenti, successivamente all'informativa inviata alle Rappresentanze sindacali di tutte le Aree negoziali, si è in attesa della validazione da parte dell'OAS e successivo invio all'OIV per procedere poi a formalizzare l'aggiornamento della Guida.

Nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, l'Azienda procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità sia dell'Area del Comparto mediante l'attribuzione di incarichi di funzione professionali ed organizzativi, sia delle Aree delle Dirigenze con l'assegnazione di incarichi professionali e gestionali.

Le relazioni tenute dall'Azienda con le rappresentanze sindacali vengono definite in un contesto di valorizzazione e qualificazione del personale, attraverso il confronto approfondito su politiche occupazionali, piano assunzioni, stabilizzazione dei rapporti "precari", orientando il reperimento di tutte le risorse possibili verso il miglioramento dei servizi all'utenza, ferma restando l'efficienza e la sostenibilità economico-finanziaria della spesa.

Proseguono in particolare, iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, in favore dell'occupazione e nel rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati.

Ciò premesso, in continuità con gli anni precedenti, l'Azienda promuove la definizione di intese aziendali, realizzate con tutte le specifiche aree negoziali di riferimento, finalizzate a recepire, sviluppare ed applicare in ambito locale i contenuti fissati a livello regionale per la allocazione di risorse finanziate tenendo conto del mandato regionale per la realizzazione di un'unica Azienda Sanitaria Universitaria che comprenda l'Azienda territoriale e quella Ospedaliera-Universitaria.

L'Azienda promuove, in accordo con le OO.SS., la formalizzazione di Accordi/Regolamenti/Intese con una connotazione, laddove possibile, sempre più uniforme ed omogenea tra le due Aziende Sanitarie, oltre che il coinvolgimento di Organismi sempre più spesso con una modalità integrata (Organismo Paritetico sull'Innovazione, Commissione interaziendale Rischio Radiologico, Osservatorio Paritetico ALP, ecc.).

Con tutte le aree negoziali, l'Azienda garantisce l'applicazione delle linee generali di indirizzo fornite dalla RER sulla contrattazione integrativa aziendale e in tale cornice sono stati sottoscritti gli accordi aziendali sugli istituti contrattuali di natura economica, ovvero sulla parte retributiva connessa alla distribuzione e all'utilizzo dei rispettivi Fondi contrattuali.

Per l'Area del Comparto nel 2024 sono stati formalizzati, in linea con indicazioni normative nazionali, regionali ed in considerazione dell'ultimo CCNL 02/11/2022, i seguenti Regolamenti:

- Regolamento interaziendale sull'istituto della pronta disponibilità (delibera n. 3 del 10/01/2024 (AUSL) e n. 3 del 10/01/2024 (AOU));
- Disciplina della assegnazione e della mobilità del personale dipendente (delibera n. 161 del 21/05/2024 (AUSL) e n. 132 del 21/05/2024 (AOU));
- Disciplina del sistema degli incarichi del personale Area comparto (delibera n. 162 del 21/05/2024 (AUSL) e n. 133 del 21/05/2024 (AOU));
- Integrazione regolamento aziendale per l'effettuazione di prestazioni aggiuntive - personale area del comparto (delibera n. 158 del 14/05/2024 (AUSL) e n. 130 del 21/05/2024 (AOU));
- Approvazione Regolamento per la disciplina delle Progressioni tra le Aree Comparto Sanità- C.C.N.L. 2019-2021 del 02 NOVEMBRE 2022 (delibera n. 321 del 25/11/2024 (AUSL) e n. 266 del 25/11/2024 (AOU)).

Sia per l'Area del Comparto, sia per la Dirigenza sanitaria le Aziende Sanitarie ferraresi hanno previsto forme di regolamentazione dell'impiego bilaterale tra le due Aziende del personale del comparto sanitario e della dirigenza sanitaria.

In particolare per il personale del comparto è stata formalizzata una convenzione per la gestione comune dell'attività di assistenza ospedaliera e territoriale attraverso i Dipartimenti ad attività integrata e i Dipartimenti territoriali, tramite l'impiego bilaterale del personale afferente alle professioni sanitarie, tecnico sanitarie di supporto, mentre è presente un accordo tra le Aziende sanitarie per la regolamentazione dell'integrazione del personale afferente alla dirigenza medica e sanitaria per la gestione comune dell'attività di assistenza ospedaliera e territoriale attraverso progetti specifici nell'ambito dei Dipartimenti interaziendali ad attività integrata.

Con particolare riferimento all'Area della Dirigenza Sanitaria, successivamente alla sottoscrizione del nuovo CCNL 19-21 del 23.01.2024 ed all'emanazione delle Linee Guida regionali di cui alla DGR 1190/2024, l'Azienda ne ha garantito l'applicazione economica e giuridica secondo indicazioni regionali ed attivato il negoziato del contratto integrativo. In particolare è stato avviato il confronto in base all'art. 6 comma 3 lett. a) in materia di orario di lavoro.

È proseguito inoltre il dialogo con le rappresentanze sindacali sia sulle tematiche espressamente richieste dalle stesse, sia in particolare, sulle materie relative alle politiche assunzionali 2024 e al sistema degli incarichi.

Formalizzato inoltre, per l'Area della Dirigenza amministrativa, tecnica e professionale il Regolamento in materia di criteri e modalità di affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali (delibera n. 1 del 04.01.2024 (AUSL) e n. 1 del 04/01/2024 (AOU).

Inoltre, con riferimento al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 adottato con Delibere n. 227 del 31.07.2023 e n. 233 del 31/07/2023 rispettivamente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Azienda Usl di Ferrara, di cui il Piano Operativo Lavoro Agile 2023-2025 (POLA) ne costituisce parte integrante, le Aziende Sanitarie ferraresi hanno aggiornato per l'anno 2024 il POLA (Delibera n. 294/2024 di Azienda Ospedaliero Universitaria e Delibera n. 362/2024 dell'Azienda Usl di Ferrara), aggiornando in particolare la mappatura delle attività idonee alla modalità di lavoro agile con maggiore coinvolgimento anche delle Aree sanitarie.

PERSONALE UNIVERSITARIO

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara costituisce l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione dell'Università di Ferrara (di seguito Università) e dei Dipartimenti che ad essa afferiscono ed è lo strumento per l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività di didattica e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università.

L'AOU e l'Azienda USL di Ferrara, nel perseguire un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, hanno sottoscritto in data 25/01/2024 l'Accordo Quadro con il quale si è perseguito il processo di integrazione strutturale tra le due aziende sanitarie del territorio e di conseguenza un processo di riorganizzazione aziendale, che implica una nuova dipartimentalizzazione interaziendale dell'assistenza ospedaliera e territoriale.

Come sopra esposto, le azioni messe in atto nell'ultimo triennio hanno portato all'elaborazione, da parte della Direttrice Generale, in stretta integrazione con la Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara, del nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi).

Con nota PGR n. 17964 del 15/03/2023, la Direzione strategica delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara ha trasmesso al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna il nuovo assetto organizzativo delle due aziende sanitarie provinciali condiviso con la Magnifica Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara.

Con le deliberazioni dell'Azienda USL di Ferrara n. 68 del 16/03/2023 e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara n. 84 del 16/03/2023 aventi ad oggetto "Nuovo assetto dipartimentale delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara", sono stati istituiti i Dipartimenti provinciali ed interaziendali ad Attività Integrata ed i Dipartimenti dei servizi e di supporto nel cui ambito devono essere declinati i principi e le regole di cui al nuovo Accordo e perseguiti gli obiettivi di integrazione, nel rispetto delle rispettive autonomie e finalità istituzionali.

In particolare, il recente Accordo attuativo locale realizza l'integrazione informandosi al principio della leale collaborazione tra le Aziende sanitarie e l'Università, inteso come:

- Pieno coinvolgimento di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- Sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione volti a perseguire, in modo integrato, obiettivi di:
 - Qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza delle prestazioni;
 - Qualità e congruità della didattica;
 - Potenziamento della ricerca biomedica e sanitaria;
 - Impegno alla programmazione coordinata degli obiettivi e delle risorse in funzione delle attività assistenziali delle Aziende e delle attività didattico - formative e di ricerca dell'Università.

Il nuovo Accordo attuativo locale ratifica:

- L'individuazione delle strutture e dei servizi che compongono i Dipartimenti ad attività integrata interaziendali ed i Dipartimenti dei servizi trasversali e di supporto;
- L'individuazione delle strutture e dei programmi, a direzione universitaria ed ospedaliera/aziendale, in applicazione dei criteri definiti dall'art. 10 comma 3 del Protocollo, nonché la relativa dotazione di posti letto;
- L'afferenza alle strutture aziendali del personale universitario per rispettare i criteri di cui all'art. 10 comma 2 del Protocollo, nonché la sua equiparazione al personale del Servizio sanitario regionale;
- La definizione dell'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali del personale universitario secondo quanto previsto dall'art. 11 comma 1, lett. a) del Protocollo;
- La definizione del sistema delle relazioni informative e funzionali fra i Dipartimenti ad attività integrata (di seguito DAI) ed i Dipartimenti universitari, anche con riferimento al reclutamento del personale in ambito universitario e ospedaliero;

- La composizione e le modalità di funzionamento dell'Ufficio per la gestione integrata delle relazioni tra Università, AOU e AUSL, di cui all'art. 5 comma 4 del Protocollo;
- Le modalità per la ricognizione delle risorse conferite all'Azienda da Regione e Università;
- Le modalità di tenuta dell'elenco del personale tecnico, amministrativo e socio sanitario universitario che svolge funzioni di supporto anche organizzativo alle attività assistenziali;
- La determinazione dell'indennità di equiparazione del personale tecnico-amministrativo e socio-sanitario universitario in convenzione;
- Le modalità e i termini per la partecipazione del personale del Servizio Sanitario Regionale all'attività didattica;
- La definizione delle forme specifiche delle collaborazioni tra le Università e le Aziende Sanitarie ospitanti le sedi ulteriori di cui all'art. 18 comma 2 del Protocollo o i soggetti pubblici o privati di cui all'art. 18 comma 4 del Protocollo.

Le strutture complesse e semplici, i programmi e i servizi di supporto che compongono i Dipartimenti ad attività integrata, il Dipartimento di Sanità Pubblica e i Dipartimenti dei Servizi Trasversali e di Supporto sono di seguito elencati. La costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti ad attività integrata sono disciplinati secondo quanto stabilito dal Protocollo e dal Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti interaziendali ad attività integrata.

DAI/DIPARTIMENTO	AREA DIPARTIMENTALE	UNITA' ORGANIZZATIVA	AOU/AUSL	DIREZIONE
DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE	CARDIO-VASCOLARE	CARDIOLOGIA	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		CARDIOLOGIA PROVINCIALE	AUSL	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		CHIRURGIA VASCOLARE	AOU	
		RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	AUSL	OSPEDALIERA
		PROGRAMMA MALATTIE VASCOLARI	AOU	UNIVERSITARIA
	PNEUMO-TORACICA	CHIR. TORACICA	AOU	OSPEDALIERA
		PNEUMOLOGIA	AOU	UNIVERSITARIA
		PNEUMOLOGIA TERRITORIALE		UNIVERSITARIA
DAI CHIRURGICO	UROLOGICA	UROLOGIA	AOU	OSPEDALIERA
		UROLOGIA PROVINCIALE	AUSL	OSPEDALIERA
	CHIRURGICA	CHIRURGIA MININVASIVA ROBOTICA	AOU	UNIVERSITARIA
		CHIRURGIA	AOU	UNIVERSITARIA
		CHIRURGIA D'URGENZA (UOSD)	AOU	OSPEDALIERA
		CHIRURGIA PROVINCIALE	AUSL	UNIVERSITARIA
		CHIRURGIA LAPAROSCOPICA PER PATOLOGIE BENIGNE E MALIGNI GASTROENTEROLOGICHE (UOSD)	AOU	OSPEDALIERA

DAI EMERGENZA	ANESTESIOLOGICA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE UNIVERSITARIA	AOU	UNIVERSITARIA
		ANESTESIA E RIANIMAZIONE OSPEDALIERA	AOU	OSPEDALIERA
		ANESTESIA E RIANIMAZIONE CENTO	AUSL	OSPEDALIERA
		ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELTA	AUSL	OSPEDALIERA
	DELL'EMERGENZA	MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA	AOU	OSPEDALIERA
		PS PROVINCIALI	AUSL	OSPEDALIERA
		SISTEMA EMERGENZA URGENZA SANITARIA PREOSPEDALIERA PROVINCIALE	AUSL	OSPEDALIERA
	ORTOPEDICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	AOU	UNIVERSITARIA
		ORTOPEDIA CENTO	AUSL	OSPEDALIERA
ORTOPEDIA DELTA		AUSL	OSPEDALIERA	
DAI MATERNO INFANTILE	OSTETRICO-GINECOLOGICA	GINECOLOGIA-OSTETRICA	AOU	UNIVERSITARIA
		GINECOLOGIA E OSTETRICA CENTO E DELTA	AUSL	OSPEDALIERA
		GENETICA MEDICA	AOU	UNIVERSITARIA
		PMA	AUSL	OSPEDALIERA
	PEDIATRICA	TERAP.INT.NEONATALE	AOU	OSPEDALIERA
		PEDIATRIA	AOU	UNIVERSITARIA
CHIRURGIA PEDIATRICA		AOU	OSPEDALIERA	
DAI NEUROSCIENZE	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	MEDICINA RIABILITATIVA	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		UGC	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		ATTIVITA' AMBULATORIALE DI MEDICINA RIABILITATIVA (UOSD)	AOU	
		PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE VASCOLARE E MEDICINA DELL'ESERCIZIO	AOU	
	NEUROLOGICA	CLINICA NEUROLOGICA	AOU	UNIVERSITARIA
		NEUROLOGIA	AOU	OSPEDALIERA
		NEURORADIOLOGIA	AOU	OSPEDALIERA
		NEUROFISIOLOGIA (UOSD)	AOU	
DAI TESTA COLLO	ORL	AOU	UNIVERSITARIA	
	NEUROCHIRURGIA	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA	
	CHIRURGIA PLASTICA	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA	
	OCULISTICA	AOU	UNIVERSITARIA	
	CHIR.MAXILLO-FACCIALE	AOU	OSPEDALIERA	
	PROGRAMMA DI NEUROCHIRURGIA MININVASIVA	AOU	UNIVERSITARIA	
	PROGRAMMA PREVENZIONE DELL'IPOVISIONE E RIABILITAZIONE VISIVA	AOU	UNIVERSITARIA	
DAI ONCO-EMATOLOGICO	EMATOLOGIA	AOU	UNIVERSITARIA	
	ONCOLOGIA CLINICA	AOU	OSPEDALIERA	
	MEDICINA NUCLEARE	AOU	OSPEDALIERA	
	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	AOU	OSPEDALIERA	
	CHIRURGIA SENOLOGICA	AOU	UNIVERSITARIA	
	CURE PALLIATIVE	AUSL	OSPEDALIERA	
	ANATOMIA PATOLOGICA	AOU	UNIVERSITARIA	
	SCREENING ONCOLOGICI	AOU	OSPEDALIERA	
	REGISTRO TUMORI (UOSD)	AUSL	UNIVERSITARIA	
	DIAGNOSTICA SENOLOGICA (UOSD)	AUSL	OSPEDALIERA	
	ONCOIMMUNOLOGIA (UOSD)	AOU	UNIVERSITARIA	
PROGRAMMA DI BIOLOGIA MOLECOLARE	AOU	UNIVERSITARIA		
DAI MEDICINA	GERIATRICA	GERIATRIA	AOU	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA

		LPA DELTA, CENTO, ARGENTA	AUSL	OSPEDALIERA
		PROGRAMMA ORTOGERIATRIA	AOU	UNIVERSITARIA
	INTERISTICA	MEDICINA INT.OSP	AOU	OSPEDALIERA
		CLINICA MEDICA	AOU	OSPEDALIERA
		MEDICINA INTERNA UNIV.	AOU	UNIVERSITARIA
		MEDICINA CENTO	AUSL	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		MEDICINA DELTA	AUSL	OSPEDALIERA
MEIDICNA ARGENTA	AUSL	OSPEDALIERA		
DAI MEDICINA SPECIALISTICA	MEDICINA SPECIALISTICA	GASTROENTEROLOGIA	AOU	OSPEDALIERA
		REUMATOLOGIA	AOU	UNIVERSITARIA
		NEFROLOGIA	AOU	OSPEDALIERA
		ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	AOU	UNIVERSITARIA
		DERMATOLOGIA	AOU	UNIVERSITARIA
		ENDOSCOPIA DIGESTIVA (UOSD)	AOU	
		CENTRO PROVINCIALE PER LA DIAGNOSI ED IL FOLLOW-UP DELLA MALATTIA CELIACA E PATOLOGIE GLUTINE RELATE (UOSD)	AOU	OSPEDALIERA
		DH TALASSEMIA (UOSD)	AOU	OSPEDALIERA
		ENDOSCOPIA DIGESTIVA E MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (UOSD)	AUSL	OSPEDALIERA
	MALATTIE INFETTIVE	MALATTIE INFETTIVE	AOU	OSPEDALIERA
		MAL INFETTIVE UNIV	AOU	UNIVERSITARIA
		MALATTIE INFETTIVE TERRITORIALI	AUSL	OSPEDALIERA
	DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	RADIOLOGIA OSPEDALIERA	AOU
RADIOLOGIA UNIVERSITARIA			AOU	UNIVERSITARIA
RADIOLOGIA PROVINCIALE			AUSL	OSPEDALIERA
FISICA SANITARIA			AOU	OSPEDALIERA
RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTIVA			AOU	UNIVERSITARIA
MEDICINA DI LABORATORIO		MEDICINA TRASLAZIONALE	AOU	UNIVERSITARIA
		PATOLOGIA CLINICA	AOU	OSPEDALIERA
		IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE	AOU	OSPEDALIERA
		PROGRAMMA DI VIROLOGIA E MICROBIOLOGIA MOLECOLARE	AOU	UNIVERSITARIA
		PROGRAMMA DI LABORATORIO DI GENETICA MEDICA DELLA RIPRODUZIONE	AOU	UNIVERSITARIA
DAI CURE PRIMARIE	CURE PRIMARIE	CURE PRIMARIE	AUSL	AZIENDALE
		NUCLEI CURE PRIMARIE 1	AUSL	AZIENDALE
	FRAGILITA'	ASSISTENZA ANZIANI, DISABILI, ADULTI	AUSL	AZIENDALE
	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	DIABETOLOGIA TERRITORIALE	AUSL	AZIENDALE
		ODONTOIATRIA PROVINCIALE	AUSL	UNIVERSITARIA
		NUTRIZIONE CLINICA	AUSL	AZIENDALE
		RIABILITAZIONE TERRITORIALE	AUSL	AZIENDALE
PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITA'		AUSL	AZIENDALE	
DAI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	AREA ADULTI	CENTRO SALUTE MENTALE OVEST	AUSL	AZIENDALE
		CENTRO SALUTE MENTALE SUD EST	AUSL	AZIENDALE
		CENTRO SALUTE MENTALE CENTRO NORD	AUSL	AZIENDALE
		PSICHIATRIA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA	AUSL	UNIVERSITARIA
		DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (UOSD)	AUSL	AZIENDALE

	INFANZIA E ADOLESCENZA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL	AZIENDALE
	AREA DELLE DIPENDENZE	SERD/PROGRAMMA DIPENDENZE PATOLOGICHE	AUSL	AZIENDALE
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	SANITA' PUBBLICA	IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	AUSL	AZIENDALE
		IGIENE PUBBLICA	AUSL	AZIENDALE
		MEDICINA SPORTIVA (UOSD)	AUSL	AZIENDALE
		PROGRAMMA ATTIVITA' MOTORIE PER SOGGETTI CON DISMETABOLISMI	AUSL	AZIENDALE
		PROGRAMMA ATTIVITA' MOTORIE PER SOGGETTI CON CARDIOPATIE PREGRESSE	AUSL	AZIENDALE
	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	AUSL	AZIENDALE
	VETERINARIA	IGIENI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	AUSL	AZIENDALE
		SANITA' ANIMALE	AUSL	AZIENDALE
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE		AUSL	AZIENDALE	

DIPARTIMENTO	AREA DIPARTIMENTALE DIPARTIMENTO	UNITA' ORGANIZZATIVA	AOU/AUSL	DIREZIONE
FARMACEUTICO		FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	Interaziendale	AZIENDALE
		FARMACIA CONVENZIONATA	Interaziendale	AZIENDALE
		LOGISTICA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		EROGAZIONE DIRETTA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		PROGRAMMA DI FARMACOLOGIA	Interaziendale	UNIVERSITARIA
DATERPS		PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO AMBITI DISTRETTUALI	Interaziendale	AZIENDALE
		SVILUPPO PROFESSIONALE E MODELLI ORGANIZZATIVI	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA OSPEDALIERA HUB DI CONA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA INFERMIERISTICA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA OSTETRICA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA RIABILITATIVA (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA TECNICA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA TECNICA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA PREVENZIONE (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA SOCIALE (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA EMERGENZA TERRITORIALE 118 (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA OPERATION MANAGEMENT BLOCCHI OPERATORI (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
		AREA OUTPATIENT (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE

		AREA TRANSIZIONE OSPEDALE TERRITORIO COT (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
STAFF	PROGRAMMAZIONE INTEGRATA	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO	Interaziendale	AZIENDALE
		QUALITA' E SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Interaziendale	AZIENDALE
		GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	Interaziendale	AZIENDALE
		LIBERA PROFESSIONE	Interaziendale	AZIENDALE
		POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	Interaziendale	AZIENDALE
		PROCUREMENT E DONAZIONE (UOSD)	Interaziendale	AZIENDALE
	LEGALITA' E SICUREZZA	MEDICINA LEGALE	Interaziendale	TEMPORANEAMENTE UNIVERSITARIA
		AFFARI ISTITUZIONALI	Interaziendale	AZIENDALE
		GESTIONE DEL RISCHIO	Interaziendale	UNIVERSITARIA
		SPP	Interaziendale	AZIENDALE
		MEDICINA DEL LAVORO	Interaziendale	UNIVERSITARIA
		ECONOMATO E GESTIONE CONTRATTI	Interaziendale	AZIENDALE
		GESTIONE SERVIZI IN CONCESSIONE	Interaziendale	AZIENDALE
	INNOVAZIONE E SVILUPPO	ICT	Interaziendale	AZIENDALE
		COORDINAMENTO PER L'INNOVAZIONE DIGITALE DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI E SANITARI AZIENDALI E DEI SERVIZI DI STAFF	Interaziendale	AZIENDALE
COMUNICAZIONE	COMUNICAZIONE	Interaziendale	AZIENDALE	
	ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE	Interaziendale	AZIENDALE	
INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI	RICERCA E INNOVAZIONE	Interaziendale	AZIENDALE	
	FORMAZIONE E DOCENZA INTEGRATA	Interaziendale	AZIENDALE	
RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	RISORSE UMANE	GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Interaziendale	AZIENDALE
		GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Interaziendale	AZIENDALE
	GIURIDICO	ASSICURATIVO E DEL CONTENZIOSO	Interaziendale	AZIENDALE
		SETTORE LEGALE	Interaziendale	AZIENDALE
	RISORSE ECONOMICHE	BILANCIO E FLUSSI ECONOMICI	Interaziendale	AZIENDALE

TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE	Interaziendale	AZIENDALE
	APPALTI, PATRIMONIO, LOGISTICA E MOBILITA' SOSTENIBILE	Interaziendale	AZIENDALE
	MANUTENZIONE IMMOBILI E IMPIANTI	Interaziendale	AZIENDALE
	INGEGNERIA CLINICA	Interaziendale	AZIENDALE

Il personale universitario in convenzione che afferisce alle strutture e ai programmi è puntualmente individuato nell'Accordo Attuativo Locale così come pure trovano specificazione le sedi ulteriori di cui all'art. 18 comma 2 e le eventuali altre strutture di cui all'art. 18 comma 4 del Protocollo. I ricercatori a tempo determinato, i dottorandi, gli assegnisti di ricerca, i professori a contratto e le altre eventuali tipologie di contratti temporanei attivati dall'Università con compiti di didattica e/o ricerca, possono svolgere attività clinica secondo le procedure concordate. In particolare, il personale universitario da convenzionare in assistenza è individuato con appositi atti rispettivamente del Direttore generale dell'AOU e dell'AUSL, previa intesa con il Rettore e parere favorevole del Comitato d'Indirizzo, in conformità alla programmazione universitaria e aziendale.

PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO CON AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA:

UNITA'	TIPO INCARICO UNIVERS.	TIPO INCARICO AOSP	DISCIPLINA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	ANATOMIA PATOLOGICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC + DIP	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
1	PROFESSORE STRAORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	CARDIOLOGIA
1	PROFESSORE STRAORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	CHIRURGIA MININVASIVA E ROBOTICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	CHIRURGIA SENOLOGICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	EMATOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	GENETICA MEDICA
1	PROFESSORE STRAORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	NEUROCHIRURGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	PNEUMOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	CLINICA MEDICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	NEUROLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	OCULISTICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	OTORINOLARINGOIATRIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	PEDIATRIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	RADIOLOGIA UNIVERSITARIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	REUMATOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ALLERGOL. E IMMUNOLOGIA CLINICA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ANATOMIA PATOLOGICA
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	CARDIOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - RESP. UOSD	CHIRURGIA GENERALE
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	CHIRURGIA VASCOLARE

1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO FF	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	EMATOLOGIA
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ENDOCRINOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE	ENDOCRINOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ORTO-GERIATRIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	MALATTIE INFETTIVE
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO	DIRETTORE PROGRAMMA FARMACOLOGICA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	ORTOGERIATRIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	MEDICINA NUCLEARE
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	MEDICINA NUCLEARE
2	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	NEONATOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRETTORE PROGRAMMA	NEUROCHIRURGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	NEUROCHIRURGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	NEUROLOGIA
2	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	OCULISTICA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	OCULISTICA
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ONCOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	OTORINOLARINGOIATRIA
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	PEDIATRIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	RADIOLOGIA UNIVERSITARIA
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	RADIOLOGIA UNIVERSITARIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	REUMATOLOGIA
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	REUMATOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE UOC	MEDICINA TRASLAZIONALE
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	NEUROLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	MALATTIE CELIACHE E PATOLOGIE GLUTINE RELATE
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA (UOC)	CARDIOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	NEUROLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO - DIRETTORE	ONCOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIG. MEDICO	CHIRURGIA D'URGENZA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - RESP. PROGRAMMA (UOSD)	EMATOLOGIA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIG. MEDICO - RESP. UOSD	OTORINOLARINGOIATRIA
1	RICERCATORE	DIRIG. MEDICO	DERMATOLOGIA

PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO IN CONVENZIONE CON AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA:

	MANSIONE	MANSIONE
2	RICERCATORE	DIRIGENTE BIOLOGO
2	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE BIOLOGO
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE BIOLOGO
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE BIOLOGO-DIRETTORE PROGRAMMA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE BIOLOGO-DIRETTORE
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE BIOLOGO-DIRETTORE PROGRAMMA

PERSONALE AREA COMPARTO IN CONVENZIONE CON AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA:

UNITA'	MANSIONE
13	VARI PROFILI DEL RUOLO AMMINISTRATIVO
15	COLLAB. PROF. SANIT. DI VARIO PROFILO

PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO CON AZIENDA USL:

UNITA'	TIPO INCARICO UNIVERS.	TIPO INCARICO AOSP	DISCIPLINA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	PNEUMOLOGIA TERRITORIALE
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO	MED. LAVORO E SICUR. AMB. LAV.
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	MEDICINA LEGALE
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	CHIRURGIA PROVINCIALE
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	MEDICINA DEL LAVORO
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	PSICHIATRIA OSPEDALIERA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO	GASTROENTEROLOGIA
1	PROFESSORE STRAORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	CARDIOLOGIA PROVINCIALE
2	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO	PSICHIATRIA OSPEDALIERA
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	GESTIONE DEL RISCHIO
2	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE PROGRAMMA	MEDICINA DELLO SPORT
3	RICERCATORE UNIVERSITARIO	DIRIGENTE MEDICO	PSICHIATRIA OSPEDALIERA
1	PROFESSORE ORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	ODONTOIATRIA
1	PROFESSORE STRAORDINARIO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	MALATTIE INFETTIVE
1	PROFESSORE ASSOCIATO	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTORE	PSICHIATRIA

CONTRATTI ATIPICI

Personale Medico

L'Azienda USL si avvale di incarichi di lavoro autonomo per fronteggiare in particolare le necessità di copertura dei turni di attività assistenziale presso gli ospedali provinciali dell'U.O. di Pronto Soccorso e Automedica, presso l'U.O. di Medicina di Cento, le UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione degli Ospedali del Delta, e Cento, U.O. Medicina Legale Provinciale per attività Necroscopica e presso il Dipartimento ad Attività Integrata Cure Primarie per garantire l'assistenza H24 presso la Casa Circondariale di Ferrara.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati attivati altresì incarichi libero professionali per il contenimento delle liste di attesa, a fronte di carenza anche del personale medico specialista convenzionato, ad un radiologo e ad un gastroenterologo per attività di endoscopia digestiva.

Il ricorso al reclutamento dei professionisti con la forma del lavoro autonomo anche nell'anno 2024 è determinato dalla cronica carenza generale di medici, soprattutto nelle discipline sopra elencate.

Personale sanitario

Per quanto riguarda il personale sanitario sono stati attivati incarichi libero professionali a Biologi per l'UOC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita e a Farmacisti per le sedi provinciali di Erogazione Diretta dei Farmaci.

Sono stati attivati infine incarichi libero professionali a Psicologi per il Progetto finanziato dalla Regione Emilia Romagna sull'autismo, presso l'UO Neuropsichiatria Infantile e presso la Psicologia Clinica del DAI Salute Mentale.

COSTI DEL PERSONALE:

In linea generale il quadro di riferimento è quello definito dalle indicazioni contenute nella nota della Regione trasmessa in data 18/6/2025 ad oggetto "Indicazioni tecniche per la predisposizione dei bilanci preventivi economici 2025 e della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale (PTFP).

Le Aziende proseguiranno nell'impegno di rispetto delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna ed in coerenza con gli obiettivi sulle risorse umane assegnati nonché con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- Al contenimento delle spese del personale dipendente ed atipico, tenendo conto del numero delle cessazioni nel corso di ciascun anno;
- A utilizzare le risorse acquisite sia per fronteggiare il turnover sia per stabilizzare progressivamente rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero professionali).

In relazione a quanto sopra descritto, il quadro economico triennale 2025/2027 tiene conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi di budget assegnati da parte del livello regionale.

Avuto riguardo, pertanto, alle indicazioni regionali fornite, la cornice finanziaria presa a riferimento è rappresentata, per l'anno 2025, dal contenimento del costo sostenuto nel 2024 per le risorse del personale dipendente e universitario, secondo quanto definito negli incontri di concertazione.

Anche nel corso dell'anno 2025 l'Azienda si impegnerà nel garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa la cui sostenibilità. Saranno costantemente effettuati puntuali monitoraggi interni (a cadenza mensile) e confronti secondo la tempistica programmata dalla Regione, nonché si procederà a sintetizzare le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste dalle normative vigenti. Tenuto conto dell'esito dei monitoraggi, in relazione agli obiettivi assegnati si attueranno le opportune azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per ottimizzare i costi e garantire la sostenibilità del SSR.

In particolare, per quanto riguarda l'aggregato di costi riferiti al personale dipendente e universitario in convenzione, l'obiettivo di contenimento della spesa 2025 entro il limite di quella registrata nel 2024 è stato considerato a livello provinciale.

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria, si delinea un maggior costo del 2025 rispetto al consuntivo 2024 di € 402.131 (cui hanno concorso € 280.756 di reclutamenti di personale con fondi a destinazione vincolata) mentre per l'Azienda USL è previsto un minor costo del 2025 rispetto al consuntivo 2024 di € 400.880 (di cui € 503.796 sono riconducibili ad assunzioni di personale dipendente con spesa finanziata da fondi esterni).

La maggior spesa del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria è stata fortemente condizionata dal significativo impegno economico dedicato a sostenere il Piano Straordinario di Riduzione delle liste di Attesa: L'onere economico assorbito per il reclutamento di 41 figure dirigenziali di diverse discipline di area medica ha infatti avuto un impatto di € 1.300.000 che ha provocato un effetto di trascinarsi di maggior spesa sul 2025 di € 1.500.000, solo parzialmente compensato dai minori costi del

personale dell'area del comparto con particolare riguardo al personale infermieristico e dai finanziamenti che hanno sterilizzato i corrispondenti costi delle relative assunzioni e la limitata riduzione del costo relativo al personale universitario.

Per quanto riguarda il personale dell'Azienda USL, al minor costo del personale dipendente e universitario in convenzione, ha contribuito la sterilizzazione dei costi del personale finanziato, intorno ai 500.000 euro in quanto l'effetto trascinarsi del personale medico assunto per la riduzione delle liste di attesa è stato poco significativo per il numero di assunzioni, limitato a poche unità.

Per quanto attiene al costo del lavoro autonomo, in entrambe le Aziende Sanitarie è stato previsto un aumento di costi del 2025, con riferimento al consuntivo 2024.

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria si è previsto un aumento di circa € 770.000 che si riduce a un aumento di € 596.000, tenendo conto degli incarichi finanziati con fondi esterni.

Per l'Azienda USL l'aumento del costo del 2025, al netto dei finanziamenti, è di circa € 790.000.

In Azienda Ospedaliero Universitaria il maggior ricorso al lavoro autonomo e nello specifico a contratti libero professionali, si è reso indispensabile, in massima parte, per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi assistenziali in Pronto Soccorso. Infatti, l'incremento principale è riferito al maggior costo dei Liberi Professionisti Sanitari inseriti nel Pronto Soccorso all'inizio dell'anno 2025, quantificato in circa 660.000 euro. Sono stati attivati nuovi incarichi liberi professionali, in più rispetto a quelli in servizio nell'anno precedente. A fronte di tali inserimenti, si è verificata una riduzione dei dirigenti medici dipendenti in Pronto Soccorso a causa di tre cessazioni (che non è stato possibile sostituire con personale strutturato dirigente) e due lunghe assenze per congedi parentali, oltre a un calo di ore di similalp, non più richieste al personale dirigente medico della stessa e di altre articolazioni organizzative.

Anche in Azienda USL l'aumento di spesa dell'aggregato Lavoro Autonomo è in gran parte determinato (circa 350.000 euro) da incarichi libero professionali attribuiti a professionisti inseriti nei diversi Pronti Soccorso del territorio provinciale a fronte di personale dipendente che, nonostante i ripetuti avvisi e concorsi pubblici, non è stato possibile reclutare per la nota e diffusa carenza di professionisti specializzati.

Altri incarichi libero professionali si sono resi necessari per acquisire professionisti specializzati in discipline specialistiche o non altrimenti reclutabili con rapporto di lavoro dipendente, quali gastroenterologi e medici da destinare alla casa circondariale, per sopperire anche a cessazioni nell'area della medicina convenzionata.

Altre figure professionali sono state inserite con rapporto di lavoro autonomo per garantire la copertura dei turni in articolazioni organizzative in sofferenza di organico strutturato anche per limitare il ricorso alla similalp.

Alcuni incarichi di lavoro autonomo, quali quelli per la medicina legale e per la Psicologia Clinica, sono stati attivati con fondi di finanziamento per progettualità particolari.

Anche le borse di studio, con particolare riguardo a quelle sanitarie, sono state determinate in aumento, anche se per queste sono previsti i finanziamenti dedicati.

Per quanto riguarda l'obiettivo di garantire, sul livello regionale, il rispetto del vincolo previsto dall'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, che si concretizza nella riduzione del 30% della spesa del 2025, rispetto a quella sostenuta nell'esercizio 2023, per avvalersi di personale con tipologie contrattuali diverse da quelle del contratto di lavoro a tempo indeterminato, con specifico riferimento al personale della dirigenza non medica (dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo, nonché dirigenti non medici del ruolo sanitario) e al personale del comparto del ruolo amministrativo e tecnico, si rileva che il governo della spesa, considerata unitariamente fra le due aziende provinciali, permetterà di contribuire alla realizzazione del contenimento entro il limite del 30% suddetto.

AUSL			AOSP		
	2.025	CONSUNTIVO 2023		2.025	CONSUNTIVO 2023
Totale costo del personale	1.304.822,88	2.025.818,13		279.812,74	1.043.982,82
TOTALE ATIPICI	718.535,00	160.679,34		9.000,00	60.038,63
Lavoro interinale - area non sanitaria	632.645,00	112.403,89		-	0
Altre forme di lavoro autonomo non sanitarie	85.890,00	48.275,45		9.000,00	60.038,63
TOTALE	2.023.357,88	2.186.497,47		TOTALE	288.812,74
					1.104.021,45
RIDUZIONE DEL 30%		655.949,24	30%	RIDUZIONE DEL 30%	331.206,44
	2.023.357,88	1.530.548,23			772.815,02
	1.530.548,23				772.815,02
MAGGIOR SPESA 2025 VERSO 2023	492.809,65			MINOR SPESA 2025 VERSO 2023	- 484.002,28

Anche per le prestazioni aggiuntive si limiterà il ricorso alle stesse, tenendo conto del budget assegnato, per fronteggiare principalmente la riduzione delle liste di attesa e la gestione delle criticità organizzative, in particolare dell'area dell'emergenza-urgenza.

**Piano Organizzativo
Lavoro Agile
(POLA)
delle Aziende Sanitarie
provinciali
Aggiornamento 2024**

Indice

Premessa	pag. 1
Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	pag. 4
Livello di attuazione del lavoro agile	pag. 5
Modalità attuative	pag. 6
Programma di sviluppo del lavoro agile	pag. 11
La misurazione e valutazione della performance	pag. 17
Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile	pag. 18
Conclusioni	pag. 20

Premessa

Il Piano Operativo Lavoro Agile 2023-2025 (POLA) costituisce parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 adottato con Delibere n. 227 del 31/07/2023 e n. 233 del 31/07/2023 rispettivamente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara ed in continuità con il primo Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), inserito nel Piano della Performance 2021-2023, è stato redatto con impostazione omogenea per tutte le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC).

Analogamente è stato fatto per la formalizzazione del Regolamento interaziendale per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali adottato con provvedimenti deliberativi n. 159 del 29/07/2021 e n.137 del 29/07/2021, rispettivamente dell'Azienda USL di Ferrara (AUSL) e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (AOU), con il quale le Aziende Sanitarie ferraresi, in linea con il quadro normativo, hanno regolamentato il lavoro agile quale strumento ordinario di attività, dopo un utilizzo massiccio dello stesso durante la gestione dell'emergenza sanitaria.

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 linea con le scelte sulla programmazione del lavoro agile che sono state rimesse all'Azienda.

Le Aziende si sono confrontate con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza che sono stati messi al centro di un ampio e diffuso dibattito tuttora in corso e, dal termine della fase emergenziale, le Aziende ferraresi hanno introdotto la stipula di un accordo individuale quale elemento prioritario per lo svolgimento del lavoro agile ordinario.

Va sottolineato inoltre che, i CC.CC.NN.LL sottoscritti di recente per tutte le Aree negoziali, prevedono un'apposita sezione dedicata alla tematica del lavoro agile.

Nello specifico, nel nuovo *CCNL dell'Area Comparto 2019-2021*, siglato il 02/11/2022, è stata introdotta, nel Titolo VI "*Lavoro a distanza*", la tematica del lavoro agile definendone i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate con modalità di *lavoro agile* e di *lavoro da remoto*, nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi che rappresentano materia di confronto con le Organizzazioni Sindacali. Ciò potrebbe rendere necessaria una revisione del Regolamento per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali, in esito ad osservazioni che dovessero emergere dalle organizzazioni sindacali stesse e dopo specifico confronto.

Il *CCNL Area Sanità 2019-2021*, sottoscritto il 23/01/2024, dedica al Titolo IX "*Lavoro a distanza*" un'analisi in relazione allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile (Capo I) come anche, una previsione di altre forme di lavoro a distanza (Capo II).

Tale riconoscimento all'interno del CCNL evidenzia che anche tra le attività di carattere sanitario, la digitalizzazione ed il ricorso alla telemedicina e al teleconsulto consentono ai professionisti della sanità di operare in determinati ambiti, sempre più anche a distanza.

In ultimo, recente è la sottoscrizione del nuovo *CCNL Area Funzioni Locali 2019-2021*, sottoscritto il 16/07/2024, in cui sono disciplinate le Disposizioni sul lavoro agile (Capo I), definendone le linee generali.

Il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile deve comunque tener conto della disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla prevalente presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa.

E' tuttavia da tenere in considerazione la Direttiva del 29 Dicembre 2023 del Ministro per la pubblica amministrazione, con la quale si è voluta sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni

pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, utilizzando gli strumenti di flessibilità già consentiti, garantendo in tal modo, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

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

In quest'ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorre ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

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

Il principio si basa sui seguenti fattori:

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

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile e in questo le opportunità legate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) rappresentano un fattore importante.

Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento.

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

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

La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 990 del 19 giugno 2023 ha redatto le "Linee guida per la predisposizione del Piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" e delle indicazioni operative per la predisposizione della proposta del Piano attuativo del PIAO relativo al Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025.

Il PIAO, in ottemperanza al D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81, ha ricompreso al suo interno i seguenti Piani:

- Piano dei fabbisogni;
- Piano della performance;
- Piano di prevenzione della corruzione;
- Piano organizzativo del lavoro agile (POLA);
- Piano di azioni positive.

Il POLA, si può quindi definire come: *"lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile, i quali andranno inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della performance o nelle schede individuali"* (Linee guida sul POLA e indicatori di performance, Presidenza del Consiglio dei Ministri, DFP).

La programmazione del lavoro agile quindi, si inserisce in un processo unitario all'interno delle organizzazioni, nel quale convergono i diversi strumenti di programmazione aziendale previsti dal legislatore.

È bene precisare che le Aziende sanitarie ferraresi, con provvedimenti deliberativi n. 68 del 16/03/2023 e n. 84 del 16/03/2023, rispettivamente dell'Azienda Usl di Ferrara (AUSL) e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOU), hanno avviato la ridefinizione del loro complessivo assetto secondo una logica volta all'integrazione e verso l'unificazione.

Il percorso di definizione del nuovo assetto dipartimentale delle Aziende Sanitarie ferraresi è ad oggi in fase di consolidamento.

Il POLA, inserito in tale contesto, rappresenta quindi un documento di programmazione organizzativa adottato dalle Aziende sentite le organizzazioni sindacali e, contenente il livello di attuazione raggiunto dal lavoro agile, le relative modalità organizzative, i soggetti, i processi e gli strumenti necessari ed il suo orientamento di sviluppo, tenuto conto dell'attuale fase di riorganizzazione.

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: il Servizio tecnologico dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), il Servizio di Prevenzione e Protezione, la funzione Privacy – DPO, il Servizio Formazione, i Servizi dedicati alla valutazione della performance, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), il Servizio di logistica, di Amministrazione del Personale, del Bilancio, degli Acquisti, delle Funzioni amministrative territoriali, delle Funzioni amministrative di presidio, dello Staff alla Direzione, alcune funzioni nell'ambito del Dipartimento assistenziale e della Direzione Medica, alcuni ambiti sanitari afferenti ai DAI quali ad esempio la Fisica sanitaria, oltre che il 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 dei sistemi 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.

Nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna amministrazione saranno inoltre i dirigenti responsabili ad individuare le misure organizzative di utilizzo degli strumenti di flessibilità consentiti che si rendono necessari, per salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo in tal modo il lavoro agile ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari.

I dirigenti inoltre, oltre ad essere potenziali fruitori al pari degli altri dipendenti delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti dell'Azienda sono stati coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali è comunque da tener conto l'impatto del nuovo assetto dipartimentale avviato da metà Marzo 2023 che potrà ancora risentire dell'assestamento e del processo di integrazione ed omogeneizzazione di alcune attività ancora in corso.

Già dalla fine della fase legata all'emergenza sanitaria, gli appositi accordi individuali vengono stipulati, in aderenza al Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro approvato a livello interaziendale, in una logica di omogeneizzazione e di integrazione dei processi riguardanti l'amministrazione del rapporto di lavoro.

Ogni Responsabile garantisce parità di trattamento e non discriminazione nell'accesso al lavoro agile, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento.

È compito della dirigenza esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una

programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi.

Livello di attuazione del lavoro agile

INDICAZIONI: L'Azienda restituisce una sintetica fotografia del raggiunto livello di attuazione del lavoro agile, che costituisce la base di partenza (baseline) per la programmazione del suo miglioramento nell'arco temporale di riferimento del Piano.

In applicazione del "Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile e Telelavoro per il Personale del Comparto e delle Aree Dirigenziali", il personale può accedere alla modalità lavorativa in lavoro agile sulla base di specifici progetti individuali e dopo la firma di specifico accordo individuale.

Si richiama la Direttiva del 29 Dicembre 2023 del Ministro per la pubblica amministrazione, con la quale le dirigenze delle amministrazioni pubbliche sono sensibilizzate ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, utilizzando gli strumenti di flessibilità già consentiti, a garanzia dei lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

La fruizione delle misure per la conciliazione delle condizioni di vita e di lavoro, come emerge dai dati contenuti nell'Allegato 1, Sezione 1, della Direttiva n.2/2019 recante "*Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche*", dimostra come in Azienda USL i dipendenti che hanno utilizzato il lavoro agile nel 2023 sono stati in totale 35, di cui 7 di sesso maschile e 28 di sesso femminile.

Nello specifico, l'analisi per classi di età e genere mostra che il lavoro agile è stato usufruito dalle lavoratrici e dai lavoratori prevalentemente nelle fasce d'età 41-50 e 51-60 anni.

Una sola unità di sesso femminile, appartenente alla fascia di età 41-50, ha usufruito del telelavoro.

I dati relativamente all'Azienda Ospedaliera evidenziano come i dipendenti che hanno utilizzato il lavoro agile nel 2023 sono stati in totale 26, di cui 6 di sesso maschile e 20 di sesso femminile. Nello specifico, l'analisi per classi di età e genere mostra che il lavoro agile è stato usufruito dalle lavoratrici e dai lavoratori prevalentemente nelle fasce d'età 41-50 e 51-60 anni.

Si riportano di seguito alcuni indicatori di attività con riferimento all'anno 2023¹:

AZIENDA USL DI FERRARA

% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori: 1,4%

% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali*: 4,4%

% giornate lavoro agile / giornate lavorative totali**: 17,5%

¹ *Per il computo dei lavoratori agili potenziali sono stati presi come riferimento i dipendenti dell'area dirigenziale e del comparto afferenti al profilo tecnico, amministrativo e i dirigenti sanitari non medici.

** Per il computo delle giornate lavorative totali è stata effettuata una stima a partire dal numero di giornate lavorative per singolo dipendente anno 2023 (valore per impiegato per area comparto su 5 giorni a settimana).

% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori: 1,7%

% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali*: 6,5%

% giornate lavoro agile / giornate lavorative totali**: 18,1%

Modalità attuative

INDICAZIONI: l'Azienda sintetizza le scelte organizzative operate per promuovere il ricorso al lavoro agile.

Nel Regolamento interaziendale sul lavoro agile e telelavoro sono individuate le finalità, i principi, i criteri di accesso al lavoro agile e i contenuti essenziali degli accordi individuali che disciplinano l'istituto in via ordinaria, superata la fase emergenziale.

Al fine di promuovere il ricorso al lavoro agile, le Aziende Sanitarie ferraresi hanno ritenuto opportuno coinvolgere fin da subito tutte le strutture aziendali sia di area tecnico amministrativa che di area sanitaria.

Allo stato attuale lo sviluppo del lavoro agile da parte dell'Azienda è maggiormente orientato ai servizi tecnico-amministrativi, ma con una sempre maggiore apertura verso determinate attività dell'area sanitaria anche in coerenza con il PNNR e in sinergia con le scelte e gli indirizzi della Regione Emilia-Romagna, con particolare riferimento al percorso di modernizzazione della sanità ferrarese e di trasformazione digitale, che ha condotto all'avvio del progetto di Telemedicina.

La telemedicina offre numerosi vantaggi di tipo sociale, economico e organizzativo sia al cittadino che al sistema sanitario. In primis la riduzione degli spostamenti se non necessari, specialmente per i pazienti più anziani e in difficoltà e, per i residenti in aree periferiche.

Nel territorio ferrarese, a fine 2021, si è dato avvio al progetto di innovazione informatico denominato "Piano Strategico Digitale" che vede come protagonista un percorso di modernizzazione della sanità ferrarese e di trasformazione digitale.

In considerazione dell'elevato indice di vecchiaia della popolazione, la sempre maggiore incidenza di patologie croniche (in particolare diabete e scompenso cardiaco) e l'elevata dispersione territoriale, si è pensato ad un nuovo approccio per garantire un attento e costante controllo clinico introducendo l'implementazione dei servizi di sanità digitale.

Obiettivi principali del piano, basato su un orizzonte temporale triennale, sono riconducibili alle esigenze di seguito riportate:

- Definire una presa in carico multi-disciplinare e professionale;
- Promuovere un'assistenza di prossimità il più possibile con rapporto "one to one" tra operatore e paziente, rinforzando sia il sistema ospedaliero sia quello territoriale.

All'interno del Piano rientrano i seguenti progetti:

- Tele-cardiologia dell'Ospedale di Cento;
- Teleassistenza oculistica per i pazienti diabetici;
- Cure palliative in modalità di telemedicina;
- Video visite diabetologiche e cardiologiche di controllo per seguire a distanza i pazienti che hanno già una diagnosi, anche presso la Casa Circondariale di Ferrara;
- Tele-refertazione ECG e visita cardiologica di controllo.

Dal punto di vista tecnico, si segnala l'utilizzo della piattaforma informatica regionale (funzionalità HOMECARE) integrata con i sistemi aziendali di specialistica ambulatoriale (AUSL e Azienda Ospedaliera) attraverso chiamate che portino direttamente alla videochiamata, senza passaggi intermedi su altre funzionalità.

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

ICT (Information and Communication Technology)

Requisiti tecnologici

Supporti hardware e software al Lavoro Agile

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

- *Notebook*

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

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

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

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

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

- *Connessione internet*

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

- *Connessione telefonica*

L'Azienda, a seconda dei casi, valuterà l'opportunità di installare sul Notebook un software di telefonia VoIP / Soft Phone (Voice Over IP ovvero Voce tramite protocollo Internet) per

attivare in sede remota un interno telefonico dell'Azienda, oppure di dotare il dipendente di un telefono cellulare aziendale.

- *Posta elettronica e strumenti di produttività personale*

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

- *Applicativi aziendali*

Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento, a seconda dei casi, avverrà direttamente con accesso diretto da internet (es. GAAC, GRU, Babel con credenziali SPID) o previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN, WAF, Portale Smart Working). 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 Smart Working. I canali di accesso al servizio sono i medesimi.

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

Sicurezza sul lavoro

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

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi; ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

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 cyber security.

Ciascuna Azienda Sanitaria ferrarese, 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

A livello di Area Vasta Emilia Centro sono stati progettati e realizzati corsi di formazione a distanza destinati sia al personale che si è trovato a dover attuare questo cambiamento nelle modalità di lavoro, sia alle direzioni delle strutture impegnate nell'attuazione di nuovi modelli organizzativi per l'attribuzione di compiti e obiettivi, la misurazione dei risultati raggiunti e la valutazione dell'efficienza ed efficacia del lavoro svolto, secondo le nuove modalità del lavoro agile.

In particolare, le Aziende di AVEC hanno partecipato, in minore o maggior misura, in relazione all'entità dell'implementazione del lavoro agile, a due eventi formativi FAD "SMARTWORKING VELA", base e avanzato, destinati rispettivamente al personale e ai dirigenti di struttura, finalizzati ad offrire alcune informazioni di base sul lavoro agile quali:

- Principi e approcci del lavoro agile;
- Come organizzare una giornata in lavoro agile;
- Collaborare e comunicare attraverso strumenti digitali;
- Salute e sicurezza nel lavoro da remoto;
- Lavorare per obiettivi e risultati.

In continuità con le precedenti annualità, nell'anno 2023 sono stati erogati i seguenti corsi in modalità FAD Asincrona dall'AUSL Bologna su piattaforma e-laber:

- ID 6541 "Lavorare Smart: corso base" a cui hanno partecipato 12 dipendenti AOIFE e, 7 dipendenti AUSLFE;
- ID 6542.1 "Smartworking VeLA corso per Leading Group" a cui hanno partecipato 15 dipendenti AOIFE e 2 dipendenti AUSLFE.

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, il cambiamento della cultura organizzativa.

Un fattore strategico per la realizzazione di un processo di implementazione del lavoro agile è la sensibilizzazione della Dirigenza, che dovrà individuare le attività da poter effettuare in modalità agile nel senso più inclusivo possibile.

A presidio delle seguenti principali responsabilità, è previsto il coinvolgimento del CUG che, nell'ambito del processo di adozione e di monitoraggio del POLA, dovrà:

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

Logistica

Il ricorso diffuso al lavoro agile richiede un ripensamento da parte delle aziende in ordine al concetto di postazione di lavoro. Tra gli aspetti correlati alla flessibilità della prestazione lavorativa vi è, infatti, un diverso utilizzo degli spazi, in virtù del fatto che chi svolge la propria attività in modalità remota per parte della settimana, non occupa stabilmente la propria scrivania. Questa considerazione, unita alla progressiva digitalizzazione/dematerializzazione documentale e all'evoluzione tecnologica (WiFi, cloudstoring, VPN, piattaforme web ecc.), rende sempre più elastico il concetto di ufficio tradizionalmente inteso quale insieme di arredi ed attrezzature (scrivania, armadi, postazione telefonica fissa, presa di rete) funzionali allo svolgimento stabile del proprio lavoro.

Riorganizzare e riprogettare spazi e risorse in azienda è, pertanto, da un lato una necessità 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".

L'inesperienza delle aziende a 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 modo da poter tarare le reali esigenze in termini di spazi necessari e postazioni da predisporre.

Per queste ragioni, le Aziende Sanitarie di AVEC hanno coinvolto i rispettivi servizi tecnici e gli ulteriori interlocutori ritenuti necessari, al fine di condividere un percorso di approccio alla progettazione della logistica correlata al lavoro agile e poter, pertanto, procedere in maniera omogenea. Obiettivo della programmazione 2021/2023 è, quindi, in relazione all'aspetto qui trattato, la realizzazione - nei tempi previsti dagli specifici progetti - di ambienti di co-lavoro che mettano i dipendenti (potenzialmente anche di altre aziende) in una condizione di comfort, anche

nell'ottica di avvantaggiarsi a livello relazionale e professionale della condizione di temporanea condivisione di spazi ed attrezzature.

Programma di sviluppo del lavoro agile

INDICAZIONI: L'Azienda descrive il "programma di sviluppo del lavoro agile", nell'ambito del triennio.

Di seguito, si riporta il prospetto con la sintesi dei contenuti dei piani operativi compilati dai Responsabili delle articolazioni organizzative, nelle quali vengono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile. Nello specifico, la tabella è articolata con l'indicazione della struttura proponente, delle macro attività da svolgere in remoto, del numero di dipendenti afferenti al servizio e delle posizioni di smart working attivabili.

La tematica del lavoro agile è oggetto di confronto con tutte le Aree negoziali come previsto nei CC.CC.NN.LL. di recente adozione (*CCNL Dirigenza Sanitaria 2019-2021*, art. 6 comma 3 lett.i) – *CCNL Area Comparto*, art. 6 comma 3 lett.i) – *CCNL Area Funzioni Locali*, art. 34 comma 1 lett.g)) e, proprio per questo, l'aggiornamento del Piano ha previsto la preventiva informazione delle Organizzazioni sindacali di tutte le Aree negoziali in particolare per quanto attiene alla mappatura delle attività.

Il POLA, per rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento, sarà oggetto di periodiche revisioni ed aggiornamenti, che tengano conto dei contributi offerti dai confronti con tutti i soggetti coinvolti.

La caratteristica di dinamicità del POLA consentirà di valutare, in itinere, la possibilità di ampliare l'ambito delle attività il cui svolgimento sia effettuabile in modalità agile.

Viene riportata di seguito la mappatura delle posizioni Smart Working attivabili per ogni macro attività, nonché il numero dei lavoratori impegnati nelle stesse.

Si fa presente che per talune attività specificatamente di natura sanitaria e per le quali la modalità di lavoro agile è in fase di sperimentazione, il numero di posizioni non sono state indicate in quanto da verificarne l'andamento in itinere.

DIPARTIMENTO	UU.OO.	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	Numero Unità di personale in Smart Working attive o attivabili, impegnate nelle macro attività mappate	Numero totale posizioni smart working attivabili per le macro attività mappate
DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE	U.O. Politiche Personale e Relazioni Sindacali	Relazioni Sindacali.	3	1
		Valutazione - Conferimento Incarichi - Atti di Organizzazione.	5	2
	U.O. Comunicazione Accoglienza	Coordinamento delle attività e redazione documenti.	1	1
		Coordinamento delle attività e gestione reclami.	1	1
	U.O. ICT - Innovazione Digitale	Monitoraggio infrastruttura rete e server.	1	1
		Assistenza telefonica di primo e secondo livello.	2	2
	U.O. Gestione Servizi Generali e Commerciali Nuov Ospedale di Cona	Gestione attività di segreteria.	2	1
		Assistenza utenti del sistema informatizzato controllo concessione.	1	1
	U.O. Libera Professione	Ufficio Autorizzazioni/Liquidazioni.	2	1
		Ufficio Gestione Operativa.	3	1
	U.O. Programmazione e Controllo Strategico	Sistemi informativi, gestione flussi.	6	4
		Budget, obiettivi mensili e annuali, documenti di programmazione.	5	3
	U.O. Affari Istituzionali - Area Legalità e Sicurezza	Redazione delle segnalazioni alla Corte dei Conti e attività istruttoria di procedimenti gestita via mail e, successiva attività di redazione di proposte di delibera e di note nell'applicativo di gestione documentale Babel.	6	3
		Gestione del ciclo passivo (ordini e bolle in GAAC).	3	1
	U.O. Qualità e Sviluppo Organizzativo	Attività di supporto metodologico	2	2
		Attività di supporto in tema di budgeting e reporting.	2	2
	U.O. Gestione Percorsi Outpatient	Gestione agende specialistica.	4+2**	6
		Gestione back office specialistica.	1+3**	4
		Governo liste d'attesa chirurgiche.	1	1
		Gestione controlli compartecipazione spesa sanitaria.	2+4**	6
U.O. Economato, Gestione Contratti Beni e Servizi ed Inventario	Ricognizione fabbisogni, programmazione e progettazione nuova gare, rapporti con il SAAV, predisposizione ordinativi di adesione a convenzioni CONSIP ed Intercenter.	1	1	
	Gestione richieste ed emissione ordinativi dispositivi a transito impiantabili.	1	1	
	Ricognizione cespiti finalizzata al caricamento dei beni inventariabili da SAP a GAAC.	1	1	
	Predisposizione atti, quali verbali commissione e determine di aggiudicazione relative alle due gare di evidenza pubblica in capo ancora al nostro Servizio (Radiologia Interventiva e Urologia). Predisposizione verbali di seggio di gara amm.vo e di commissione tecnica, determine di aggiudicazione e relativi controlli previsti per legge. Adempimenti sulle Piattaforme Intercenter e Anac.	1	1	
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Procedure di reclutamento. Gestione	36	12
		Medicina Convenzionata. Funzioni di protocollo/segreteria.	36	12
	U.O. Bilanci e Flussi Economici	Gestione presenze/assenze. Gestione stipendiale e previdenziale.	24	8
		a) Ufficio Entrate b) Ufficio prima nota, contabilità generale, gestione fondi vincolati e investimenti c) Ufficio pagamenti e adempimenti fiscali d) Ufficio gestioni prestazioni specialistiche estero e mobilità. Case di Cura e) Ufficio analitca e centri di costo.	37	a) 2 (di cui 1 attivato) b) 6 (nessuno attivato) c) 4 (nessun attivato) d) 3 (2 SW attivati) e) 2 (1 attivato)
U.O. Assicurativo e del Contenzioso/U.O. Settore Legale	Attività ordinaria di gestione sinistri e polizze assicurative dell'Azienda USL . Gestione del contenzioso dell'Azienda USL e dei sinistri in carico al Servizio Assicurativo. Attività ordinaria di gestione sinistri e di recupero crediti per l'Ausl. Attività ordinaria di tenuta fascicoli corrispondenza database sinistri per AOU.	0	0	

PIANO OPERATIVO DELLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE CON INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO ATTIVITA' PER LE QUALI SONO ATTIVABILI POSIZIONI SMART-WORKING				
DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI	U.O. Ricerca e Innovazione	Aggiornamento e produzione di procedure area ricerca e innovazione.	1	1
		Aggiornamento e produzione di documentazione relativa alla ricerca.	2	1
		Monitoraggio progetti di ricerca e innovazione.	1	1
		Negoziare convenzioni/contratti di ricerca.	1	1
		Aggiornamento e produzione di convenzioni/contratti di ricerca.	1	1
	U.O. Formazione e Processi della Docenza Integrata	Collaborazione alla predisposizione e adozione del piano interaziendale di formazione.	Attive 0 Attivabili 4	2
		Progettazione, programmazione e realizzazione di eventi formativi in collaborazione con le Direzioni Strategiche e/o con i Direttori di Dipartimento/UU.OO./Servizi e/o con i responsabili scientifici e/o organizzativi.		
		Organizzazione del tirocinio per gli studenti dei corsi per Operatori Socio Sanitari degli enti in convenzione e non in convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale.	Attive 0 Attivabili 1	1
		Organizzazione delle attività didattiche dei corsi di laurea delle professioni sanitarie/lauree magistrali/master.	Attive 6 Attivabili 11	7
		Organizzazione corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.	Attive 0 Attivabili 1	1
		Gestione Convenzioni per lo svolgimento dei tirocini presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e l'Azienda USL di Ferrara.	Attive 0 Attivabili 1	1
		Gestione amministrativa dei processi relativi alla formazione continua e alla formazione di base e post base e del budget assegnato al Servizio.	Attive 1 Attivabili 10	5
		Gestione Biblioteca Interaziendale della Salute.	Attive 0 Attivabili 2	1
Servizio in riferimento ai requisiti di accreditamento della funzione di Governo della formazione (DGR 1332/2011) e di provider ECM (DGR 1333/2011), ed ai requisiti generali per l'accreditamento DGR 1943/2017.	Attive 0 Attivabili 1	1		
DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA NEUROSCIENZE	U.O. Neurologia Universitaria	Televisita (visite, monitoraggi). Teleconsulto. Ricerca clinico-epidemiologica (Progetto PNRR - Ministero Salute). Coordinamento PDTA.	2	2
	U.O. Neurologia Ospedaliera	Attività di coordinamento, monitoraggio e revisione PDTA. Attività del Referente Qualità Dipartimentale (revisione e aggiornamento documentazione). Attività del Referente della Formazione Dipartimentale (organizzazione corsi, preparazione schede, stesura report conclusivi). Televisite (pazienti afferenti ambulatorio Disordini Cognitivi e Disordini del Movimento).	3	3
	U.O. Medicina Riabilitativa	Televisita (visite, monitoraggi). Attività di ricerca. Stesura/compilazione relazioni/documenti/report clinici. Gestione - Coordinamento PDTA. <u>Nota unità individuate:</u> Numero unità da verificarsi longitudinalmente; macroattività e progetti da implementarsi con gradualità.	2	1
	U.O. Gravi Cerebrolesioni	Televisita (visite, monitoraggi). Attività di ricerca. Stesura/compilazione relazioni/documenti/report clinici. Gestione - Coordinamento PDTA. <u>Nota unità individuate:</u> Numero unità da verificarsi longitudinalmente; macroattività e progetti da implementarsi con gradualità.	1	1
* Numero di posizioni sulle quali ruotano le unità in Smart Working attive o attivabili per garantir la continuità delle attività in presenza per ogni macro area di attività.				
** Unità in Smart Working da attivare per la realizzazione del cantiere presso CDC Cittadella San Rocco.				

PIANO OPERATIVO DELLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE CON INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO ATTIVITA' PER LE QUALI SONO ATTIVABILI POSIZIONI SMART-WORKING				
DIPARTIMENTO	UU.OO.	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	Numero Unità di personale in Smart Working attive o attivabili, impegnate nelle macro attività mappate	Numero totale posizioni smart working attivabili per le macro attività mappate *
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	U.O. Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Gestione proposte d'ordine. Solleciti evasione ordine alle ditte. Gestione posta elettronica. Gestione resi da reparto. Rapporti servizio economale. Gestione prestiti altri enti. Gestione contatti con il Magazzino Esternalizzato. Gestione contatti con i Reparti.	7	4
	U.O. Farmaceutica Convenzionata	Gestione protocollo Babel. Gestione posta elettronica della segreteria di Struttura. Gestione ordinativi di spesa e liquidazione delle fatture. Gestione applicativo Distinte Contabili Riepilogative, con inserimento dati delle farmacie convenzionate. Controlli tecnico-contabili relativi alle Farmacie Convenzionate. Controlli tecnico-contabili per la Commissione Farmaceutica. Provinciale con verifica report prodotti da Lepida. Analisi e compilazione reportistica regionale. Istruttorie sovvenzioni e contributi alle farmacie convenzionate.	5	3
DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA DI ONCO - EMATOLOGIA	U.O. Oncologia Clinica	Visite e monitoraggi in telemedicina. Gestione ricoveri DO/DSA (in caso di disponibilità di PC portatili aziendali su cui predisporre accesso al sistema applicativo SAP).	1 (attivabile verso la fine 2024), eventualmente da incrementare a 2 unità di personale da inizio 2025	1
	U.O. Radioterapia Oncologica	Visite e monitoraggi in telemedicina. Pianificazione trattamenti da remoto.	1 (attivabile dal 2025)	1
	U.O. Ematologia	Visite e monitoraggi in telemedicina.	1 Attivabile dal 2025 da svolgersi in una postazione di lavoro a Cona, solo in caso di ripristino dell'organico e di esenzione dalle guardie dipartimentali.	1
	U.O. Screening Oncologici	Contatto con gli assistiti non aderenti e riscontri alle mail.	1 (attivabile dal 2025)	1
DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	Non specificate UU.OO.	Colloqui psicologici-clinici con adolescenti o adulti all'interno di un progetto di cura. Colloqui di monitoraggio andamento prevenzione ricadute e aderenza al trattamento. Colloqui con i genitori o caregivers, gruppi operativi con insegnanti (ex legge 104/92). Stesura relazioni cliniche rivolte all'Autorità Giudiziaria o altri servizi sanitari o sociali. Incontri discussione caso multiprofessionale e multidisciplinare e, predisposizione piano di cura. Partecipazione a equipe territoriale integrata ETI. Webinar formativi e di psicoeducazione. Procedura liquidazione fatture. Gestione ordinativi di spesa. Compilazione e controlli dei files di mappatura dei fornitori e del costo utenti. Attività di estrazioni e/o statistiche per previsione costi. Gestione flussi documentali Babel di competenza della Direzione DAISMDP.	da verificarsi gradualmente	da verificarsi gradualmente
DIPARTIMENTO TECNICO E TECNOLOGIE SANITARIE	U.O. Servizio Tecnico e Patrimoniale	Programmazione e gestione degli investimenti	14	14
	U.O. Appalti, Patrimonio, Logistica e Mobilità Sostenibile	Gestione delle attività amministrative patrimoniali e della mobilità	8	8
	U.O. Manutenzione Immobili e Impianti	Programmazione e gestione delle attività manutentive e per la sicurezza delle strutture	19	19
	U.O. Ingegneria Clinica	Programmazione e gestione delle attività relative all'acquisizione, gestione delle tecnologie biomediche	7	7
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	U.O. Funzioni Amministrative	Attività a supporto della Direzione del Dipartimento: - Protocollo nell'applicativo di protocollo informatico in uso nell'Ente delle PEC in entrata e attività di protocollazione delle PEO dedicate (I.P., ecc.). - Attività istruttoria delle Commissioni istituite nell'ambito del Dipartimento SanitàPubblica. - Attività a supporto della Direzione del Dipartimento Sanità Pubblica e della UOC Funzioni Amministrative DSP.	1	1

PIANO OPERATIVO DELLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE CON INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO ATTIVITA' PER LE QUALI SONO ATTIVABILI POSIZIONI SMART-WORKING				
DIPARTIMENTO	UU.OO.	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	Numero Unità di personale in Smart Working attive o attivabili, impegnate nelle macro attività mappate	Numero totale posizioni smart working attivabili per le macro attività mappate
DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA CURE PRIMARIE	U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali	Liquidazione fatture GAAC. Gestione Protocollo BABEL. Data entry anagrafe sanitaria.	12	12
	Direzione Socio Sanitaria	Controlli contabili FRNA. Liquidazione fatture GAAC. Piani di zona. Gestione Protocollo BABEL. Gestione e controllo attività/presenze su sistema GARSIA. Servizio Civile	4	4
	U.O. Psicologia Clinica e di Comunità	Equipe Territoriali Integrate (ETI Tutela), riunioni progettazione interventi socio-sanitari. Supervisioni e discussioni casi con equipe interne o altre istituzioni (Scuole, Comunità Terapeutiche, Altri Servizi). Stesura relazioni cliniche. Colloqui psicologici clinici (in remoto). Partecipazione FAD. Partecipazione tavoli inter- istituzionali (provinciali, regionali). Smistamento, spedizione documenti Babel.	da verificarsi gradualmente	da verificarsi gradualmente
	U.O. Servizio Diabetologia Territoriale	Una seduta settimanale di videovisita condotta in smart working da un medico afferente all'UOC Diabetologia Territoriale (dipendente e/o sumasta) il quale, avvalendosi di un'agenda elaborata ad hoc, del software aziendale Onesys e della cartella clinica informatica Smart Digital Clinic di Meteda, potrà condurre dal domicilio una seduta ambulatoriale di videovisite di controllo diabetologiche. La quantità prevista è di 15-20 pazienti, selezionati tra le persone con diabete che normalmente afferiscono presso la nostra UO e che già da tempo hanno eseguito uno o più controlli in videovisita. Tale modalità consentirebbe di concentrare e incrementare l'attività di videovisita, liberando al tempo stesso spazi fisici (attualmente carenti) per l'attività infermieristica. Altro possibile ambito per l'attività in smart working, eventualmente da affiancare alle videovisite, è il teleconsulto con i MMG, già oggetto di un progetto pilota che ha fornito ottimi risultati: in questo caso la piattaforma aziendale, oltre ai supporti succitati, è il programma Healthmeeting, che consente lo scambio di informazioni cliniche e il contatto video tra i professionisti.	da verificarsi gradualmente	da verificarsi gradualmente
	U.O. Nutrizione Clinica	Prescrizioni di supplementi nutrizionali ovvero Alimenti a fini medici speciali. Recepimento dei diari alimentari richiesti ai pazienti e loro valutazione. Prescrizioni Nutrizione Enterale/Parenterale. Attivazione del Service per la nutrizione enterale domiciliare. Contatti con ADI, RLCP, MMG, Dietisti, Specialisti ospedalieri e del territorio, referenti di Strutture Residenziali per anziani e disabili (CRA, RSA, CDR, CSRR). Contatti con Sedi erogazione prodotti/presidi inerenti l'ambito Nutrizionale (Ambulatori dedicati, Farmacie Ospedaliere, sedi ADI). Colloqui telefonici con pazienti in carico ai loro caregivers. Consultazione e accesso all'applicativo onesys. Videoconferenze, FAD.	2	2
	U.O. Nuclei Cure Primarie 1	Autorizzazioni ADI, autorizzazione protesica se viene predisposta l'estensione della linea domestica, partecipazione a riunioni UOC/DAI CP/ gruppi di lavoro PDTA etc, contatti con MMG/PLS, comitato aziendale MMG/PLS, UPCP. <u>Per quanto riguarda Salute Donna e Programma carcerario Smart-Working non applicabile</u>	1/2	1/2
	U.O. Anziani e Disabili Adulti	Valutazione COT/UVG da remoto con accesso a GARSIA. Partecipazione a VC (riunioni interne o eserne con ASP e altri servizi). Formazione/didattica. Valutazione documentale per Commissioni autorizzative (dgr 564/2000) o attività OTAP (dgr 514/2009). Counseling telefonico e caregivers. Consulenza a MMG per CDCD.	1/2	1/2
DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	U.O. Fisica Medica	Pianificazione dei trattamenti in radioterapia e dosimetria in terapia radiometabolica. Attività di analisi e redazione della documentazione prevista dalla normativa nell'ambito della radioprotezione, della sicurezza in risonanza magnetica e laser. Valutazione delle tecnologie e partecipazione a gare aziendali, AVEC e Intercenter.	da verificarsi gradualmente	da verificarsi gradualmente

* Numero di posizioni sulle quali ruotano le unità in Smart Working attive o attivabili per garantire la continuità delle attività in presenza per ogni macro area di attività.

PIANO OPERATIVO DELLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE CON INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO ATTIVITA' PER LE QUALI SONO ATTIVABILI POSIZIONI SMART-WORKING				
DIPARTIMENTO	STRUTTURE/SERVIZI/AREE DI RIFERIMENTO	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	Numero Unità di personale in Smart Working attive o attivabili, impegnate nelle macro attività mappate	Numero totale posizioni Smart Working attivabili per le macro attività mappate
DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE, TECNICO, RIABILITATIVO DELLA PREVENZIONE SOCIALE (DATeRPS)	U.O. Programmazione Controllo Ambiti Distrettuali	Gestione flussi documentali (Babel, email, ecc.)	68 = 21 (Dirigenti) + 47 (incarichi di funzione organizzativi) alla data del 15 Agosto 2024	13 (La presenza viene articolata nei 5 giorni lavorativi permettendo lo smart working a 4 Dirigenti e 9 Incarichi di funzione organizzativa contemporaneamente); articolati in modo da garantire la presenza
	U.O. Sviluppo Professionale e Modelli Organizzativi			
	UOS Area Ambito Distrettuale (Ovest-Centro/Nord-Sud/Est)	Organizzazione dei Concorsi Pubblici e Selezioni Interne		
	UOSD Area Ospedaliera HUB Cona			
	UOSD Area della Prevenzione	Governo dei processi di ambito tecnico diagnostico, assistenziale, riabilitativo, preventivo e sociale (analisi attività, progettazione, pianificazione, verifica e rendicontazione degli obiettivi assegnati).		
	UOSD Area Tecnica Diagnostica per Immagini	Gestione delle risorse umane		
	UOSD Area Tecnica Diagnostica di Laboratorio			
	UOSD Transizione Continuità Ospedale Territorio (COT)	Programmazione delle attività del dipendente (Dirigente o Incarico di Funzione)		
	UOSD Operation Management, Blocchi Operatori, Endoscopia			
	UOSD Ambulatoriale - Outpatient e Dialisi	Pianificazione della formazione del personale		
	UOSD Area Ostetrica			
	UOSD Area Infermieristica	Formazione del dipendente (Dirigente o Incarico di Funzione)		
	UOSD e 118 Aree Critiche Provinciale			
	UOSD Area Riabilitazione	Ricerca e sviluppo		
	UOSD Procurement Provinciale			
UOSD Outsourcing e Appropriatelyzza dei Consumi	Governo del processo di organizzazione dei tirocini, rapporto con Enti e Università e supervisione degli studenti assegnati al DATeRPS			
		Gestione dei programmi di interscambio tra professionisti		

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.

In ordine alla dimensione di valutazione del POLA di performance organizzativa aziendale, l'analisi 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. Nello specifico va valutato quanto, a livello di start up iniziale, la dotazione tecnologica e la conoscenza digitale del personale coinvolto siano 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. È 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;
- Sviluppare 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 interne, 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. Oltre ai costi di processo, obiettivi di performance devono riguardare la riduzione dei tempi dei procedimenti amministrativi e di risposta ai cittadini.

Valutazione della performance individuale

Il nostro nuovo sistema di valutazione della performance individuale e soprattutto il lavoro fatto 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 importante mantenere tale impianto, articolato nelle tre dimensioni valutative e riguardanti 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 autonomo.

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 devono essere considerati in modo diverso a seconda che il professionista lavori in presenza o a distanza.

Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile

Il cambiamento climatico è la principale crisi globale della nostra epoca. L'obiettivo della neutralità climatica è imprescindibile e costituisce una sfida complessa ma possibile. A tal proposito istituzioni, imprese e cittadini sono chiamati a dare il loro contributo, essenziale ma diversificato, alla riduzione delle emissioni di gas serra.

Durante il periodo di lockdown da Covid del 2020, quando cioè si è avuta la massima riduzione degli spostamenti di veicoli dovuti ad attività produttive e trasporti in gran parte fermi, il calo delle emissioni di CO₂ si è attestato in Italia attorno al 35%.

Con le dovute attenzioni ai diritti e al benessere complessivo del lavoratore non v'è dubbio che il lavoro agile, se adottato in maniera strutturale e non residuale, può 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.

Il lavoro agile inoltre può migliorare le condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro e contribuire alle performance organizzative e individuali, e può avere anche degli impatti positivi su diversi ambiti:

Interni all'Azienda:

- Riduzione degli infortuni in itinere dovuti alla riduzione del numero degli spostamenti casa-lavoro e per servizio;
- Riduzione del fabbisogno di aree di sosta veicolare nelle sedi aziendali;

- Riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;
- Riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro;
- Riduzione e ottimizzazione degli spazi e risparmi in termini di utilities.

Esterni all'azienda:

- Minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dalla riduzione degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti;
- Riduzione delle emissioni inquinanti grazie alla riduzione degli spostamenti di servizio dovuti a riunioni, formazione, ecc.;
- Minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali e risorse (cancelleria e utenze); minore consumo di prodotti monouso, di cibi e bevande da asporto che si traduce in minore spreco di cibo e scelte alimentari più sostenibili, meno imballaggi, ecc.;
- Ripopolamento delle aree urbane periferiche e delle aree interne del territorio con conseguente redistribuzione dei consumi.

La Regione Emilia Romagna in linea con gli obiettivi dell'Agende 2030 ha assunto la sfida di contrastare le diseguaglianze e raggiungere la parità di genere attraverso azioni concrete su diversi fronti tra i quali favorire la conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro.

Le Aziende Sanitarie ferraresi in linea con l'obiettivo regionale, hanno imboccato un percorso che ha portato, nel 2024, all'ottenimento della Certificazione di parità di Genere, anche attraverso la realizzazione del Bilancio di Genere interaziendale 2022 che fornisce in sintesi una valutazione e monitoraggio della situazione di donne e uomini in maniera complessiva e scomposta all'interno delle Aziende stesse. La conoscenza ed il monitoraggio della dimensione di genere nelle carriere e nel benessere della comunità sanitaria ferrarese sono infatti state la base per progettare e intraprendere ulteriori iniziative volte a raggiungere l'equità, promuovere le pari opportunità e sostenere lo sviluppo e la crescita di carriera delle persone, anche tramite il lavoro agile e telelavoro, quali misure per favorire la conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro.

Il lavoro agile inoltre, va da sempre di pari passo con la sostenibilità ambientale. Per esempio, lavorando da casa i dipendenti non utilizzano quotidianamente treni, autobus o metro. Vi è, quindi, una riduzione di emissioni. Questo risparmio però può essere azzerato se i dipendenti, quando si recano in presenza al lavoro, scelgono di non usare i mezzi pubblici e guidare da soli la propria autovettura.

Ne consegue che, parallelamente, 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.

In continuità con quanto già avviene da anni, gli obiettivi ai quali le Aziende Sanitarie tendono 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 viene inoltre 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

Il POLA rappresenta un'importante novità nell'organizzazione del lavoro e, in quanto tale, richiede un processo, realizzabile in una situazione lavorativa ordinaria, ovvero non legata a contingenze emergenziali ed in continuo aggiornamento.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) rappresenta un aggiornamento all'anno 2024 del Piano inserito nel più ampio Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 adottato con Delibere n. 227 del 31/07/2023 e n. 233 del 31/07/2023 rispettivamente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara.

A livello interaziendale si è provveduto a raccogliere l'insieme dei contributi dei soggetti coinvolti nella realizzazione dei POLA, a partire dai piani di sviluppo proposti dai dirigenti responsabili fino alle modalità attuative e agli strumenti necessari ai vari livelli dell'organizzazione.

Emerge una visione dell'organizzazione del lavoro maggiormente orientata verso forme di flessibilità spazio-temporale delle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, e orientata maggiormente verso la definizione di obiettivi da raggiungere più che di attività da svolgere.

E' inoltre maturata la consapevolezza che il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori deve svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione come le aziende sanitarie, preordinate a rispondere ai bisogni di salute di ampi contesti territoriali.

Si evidenzia inoltre come i CC.CC.NN.LL di recente adozione nelle Aree della Dirigenza Sanitaria, del Comparto e dell'Area Funzioni Locali prevedano che i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto, nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi, rappresentino materia di confronto con le Organizzazioni sindacali di tutte le Aree negoziali.

La caratteristica di dinamicità del POLA consentirà di valutare in itinere la possibilità di ampliare l'ambito delle attività il cui svolgimento sia effettuabile in modalità agile.

Oltre a ciò, il POLA, deve rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento e al processo di riorganizzazione in corso nelle Aziende Sanitarie ferraresi.

Comitato Unico di Garanzia delle Aziende Sanitarie Ferraresi

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2025-2027



INDICE

PREMESSA	1
1. LE AZIONI POSITIVE	2
2. LINEE DI INTERVENTO ED AZIONI	3
2.1 - AREA 1: CONOSCERE LE CARATTERISTICHE ED I BISOGNI DEL PERSONALE DELLE AZIENDE	4
2.2 - AREA 2: PROMUOVERE CULTURA NELL'ORGANIZZAZIONE E BENESSERE LAVORATIVO	5
2.3. - AREA 3: FAVORIRE POLITICHE DI CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E RESPONSABILITÀ FAMILIARI	6
2.4. - AREA 4: LA PARITÀ DI GENERE E IL CONTRASTARE LE VIOLENZE COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI.....	7
3. MONITORAGGIO E VERIFICA	9
4. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	10

PREMESSA

Con delibera della Direzione Generale n. 376 del 30/12/2022 è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) delle Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara. Tale provvedimento si inserisce fra le molteplici azioni, intraprese dalla Direzione Generale, finalizzate al percorso di unificazione delle Aziende Sanitarie di Ferrara.

È definito che il CUG delle Aziende Sanitarie di Ferrara deve operare in sinergia con la figura dell'Inclusion e Gender Manager (nominato con delibera AUSL Ferrara nr. 236 del 13/09/2022 e rinnovato con delibera AUSL nr. 233/AOU nr. 192 del 26/07/2024), con il Gender Team Interaziendale (istituito con delibera AUSL nr. 42 del 22/02/2023), con i referenti AUSL e AOU del Board Equità e della Medicina di Genere. Questo al fine di individuare le migliori soluzioni che possano contemporaneamente tutelare la salute e favorire l'inclusione di genere, il rispetto della dignità di ciascuno e la piena realizzazione personale e professionale tenuto conto delle differenze.

Come previsto dal Progetto Interaziendale per la Parità di Genere dell'AUSL-AOU di Ferrara (delibera nr. 236 del 13/09/2022) CUG, Gender Manager/Gender Team, Board Equità e Medicina di Genere devono operare in sinergia al fine di svolgere un ruolo propositivo e propulsivo per i seguenti obiettivi:

- ✓ Assicurare condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'Ente;
- ✓ Uguaglianza sostanziale fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità di lavoro e di sviluppo professionale;
- ✓ Contesto lavorativo improntato al benessere organizzativo che garantisca il rispetto della dignità e della libertà dell'individuo;
- ✓ Studio delle differenze biologiche e psicosociali tra uomini e donne (ed altre identità sessuali, ndr) che riguardano sia la consapevolezza della salute che lo sviluppo, la percezione e le modalità di trattamento delle malattie ("modello bio-psico-sociale").

Il CUG AUSL-AOU, a fronte delle succitate politiche strategiche, elabora il Piano delle Azioni Positive come strumento propositivo e attuativo.

1. LE AZIONI POSITIVE

Le azioni positive, come definito dalla Decreto Legislativo n. 198 del 2006 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, sono misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità. Sono dirette a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro. Le azioni positive hanno, in particolare, lo scopo di:

- ✓ Eliminare le disparità nella formazione professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- ✓ Favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- ✓ Superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- ✓ Promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- ✓ Favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

Come stabilito dal d.lgs. n. 198/2006 e ribadito dalla Direttiva 2/2019 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e dal Sottosegretario delegato alle pari opportunità, le pubbliche amministrazioni predispongono piani di azioni positive volte ad assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Inoltre, la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/11/2023, riguardante il "riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme", attribuisce una funzione fondamentale al CUG per la crescita della cultura del rispetto e delle pari opportunità. La Direttiva esplicita che i CUG possono dare un importante contributo per prevenire, conoscere e contrastare le violenze e molestie nei confronti delle donne.

Il presente di Azioni Positive definisce il programma degli interventi che le Aziende Sanitarie Provinciali di Ferrara intendono attuare per garantire un'effettiva parità tra lavoratrici e lavoratori, un ambiente di lavoro libero da discriminazioni o molestie e rispettoso della dignità di ognuno.

2. LINEE DI INTERVENTO ED AZIONI

Il Piano delle Azioni Positive è redatto tenendo conto:

- Dell'analisi dei dati sulla popolazione aziendale;
- Dagli obiettivi strategici aziendali in materia di pari opportunità e valorizzazione delle diversità;
- Dalle relazioni annuali dei CUG circa la situazione del personale e l'attuazione della pianificazione precedente.

Il Piano è articolato in 4 principali Aree di intervento:

Area 1: Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale delle Aziende.

Area 2: Promuovere cultura nell'organizzazione e benessere lavorativo

Area 3: Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari.

Area 4: Promuovere la parità di genere e contrastare le violenze comprese le molestie sessuali.

2.1 - AREA 1: CONOSCERE LE CARATTERISTICHE ED I BISOGNI DEL PERSONALE DELLE AZIENDE

OBIETTIVI	AZIONI	RESPONSABILITÀ
1. Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale	<p>Rilevazione annuale, e comparata negli anni, attraverso i seguenti strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Bilancio di Genere come strumento di analisi e di programmazione per valutare le pari opportunità nelle scelte politiche, gestionali ed organizzative delle Aziende Sanitarie. Il Bilancio di genere quindi come “fotografia” delle misure e le azioni positive adottate e quelle da mettere in atto per la promozione delle pari opportunità, tracciando in questo modo nuovi traguardi e punti di arrivo. - KPI della certificazione di genere ovvero indicatori che misurano l'efficacia delle politiche e delle pratiche di un'organizzazione volte a garantire equità e pari opportunità. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche - UOC Formazione e processi della docenza integrata - Inclusion e Gender Management - CUG
2. Conoscere i rischi e gli eventi riconducibili a forme di violenza e discriminazione	<p>Ad integrazione di quanto rilevato dall'analisi statistica di cui sopra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi delle segnalazioni di episodi di violenza verso operatore pervenute a SegnalER - Analisi del numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi correlabili a fenomeni di discriminazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche - UOC Gestione del Rischio Clinico - UOC Servizio Prevenzione e Protezione Provinciale - CUG
	<p>Analisi delle segnalazioni per discriminazioni/violenza, di qualsiasi tipo e gravità, legate al genere, all'età, all'etnia, alla fede religiosa o all'orientamento sessuale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CUG - UOC Gestione del Rischio Clinico - UOC Servizio Prevenzione e Protezione Provinciale
3. Conoscere situazioni di distress, disagio e sofferenza nei professionisti	<p>Analisi dei dati raccolti dal Gruppo Promozione del benessere e di contrasto all'insorgere di disagi e/o conflitti lavorativi (Gruppo Benessere SPP)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Servizio Prevenzione e Protezione Provinciale

2.2 - AREA 2: PROMUOVERE CULTURA NELL'ORGANIZZAZIONE E BENESSERE LAVORATIVO

OBIETTIVI	AZIONI	RESPONSABILITÀ
2.1. Sviluppare/implementare la cultura aziendale sulla parità di genere, pari opportunità e benessere organizzativo	Attivazione di eventi formativi	- UOC Formazione e processi della docenza integrata - Inclusion e Gender Management - CUG
2.2. Sviluppo della comunicazione/ diffusione delle informazioni sui temi di pertinenza del CUG	Aggiornamento dello spazio intranet/internet dedicato al CUG ai temi ed alle iniziative del CUG	- UOC Comunicazione - CUG
	Divulgazione degli eventi promossi attraverso il sito web aziendale, intranet aziendale, i social network, la newsletter aziendale	- Inclusion e Gender Management
2.3. Adozione e promozione del Piano di Azioni Positive	Elaborazione del Piano delle azioni positive	- CUG
	Monitoraggio stato di avanzamento delle azioni previste	
	Divulgazione sullo stato di attuazione dei progetti relativi al Piano delle Azioni Positive attraverso il sito web aziendale, la intranet aziendale.	- CUG - UOC Comunicazione
2.4. Promuovere l'adesione alla rete nazionale CUG e collaborare con i CUG del territorio provinciale e delle Aziende Sanitarie della Regione	Condivisione dell'adesione alla rete nazionale CUG	- CUG
	Partecipazione ai momenti di incontro/confronto con i CUG della Aziende del Sanitarie della Regione	
	Partecipazione ai momenti di incontro/confronto con le istituzioni/gruppi della Provincia di Ferrara	
2.5. Promozione della salute e del benessere delle persone che lavorano	Censimento delle iniziative volte all'adozione di stili di vita corretti quali, ad es. gruppi di cammino aziendali, progetti di educazione alla salute, lotta al tabagismo, ecc... attive in azienda	- UOC Comunicazione - CUG - UOC Formazione e processi della docenza integrata
	Promozione e diffusione di iniziative volte alla adozione di stili di vita corretti quali, ad es.: gruppi di cammino aziendali, progetti di educazione alla salute, lotta al tabagismo, ecc...	- Dipartimento Sanità Pubblica
	Promozione dell'utilizzo di mezzi di trasporto alternativi all'auto nei percorsi casa-lavoro. Promozione di comportamenti, approcci e abitudini ecosostenibili.	- CUG - Mobility Manager
	Attività del Gruppo Benessere Aziendale	- UOC Servizio Prevenzione e Protezione Provinciale

2.3. - AREA 3: FAVORIRE POLITICHE DI CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

La promozione della conciliazione tra i tempi di vita e tempi di lavoro richiede lo sviluppo di azioni in materia tese a implementare modalità di lavoro flessibili e servizi alla famiglia e alle persone.

OBIETTIVI	AZIONI	RESPONSABILITÀ
3.1. Analisi dei bisogni dei lavoratori/lavoratrici ai fini di una maggiore conciliazione tra vita lavorativa/familiare	Effettuazione di focus group suddivisi per contesti lavorati.	- CUG
3.2. Promozione dell'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro	Collaborazione allo sviluppo del Piano di lavoro agile (POLA)	- CUG - UOC Politiche del Personale
	Monitoraggio dell'implementazione del POLA	- CUG - UOC Formazione e processi della docenza integrata
	Monitoraggio dei lavoratori/lavoratrice che usufruiscono modalità di lavoro agile	- CUG
	Promozione a livello aziendale di iniziative volte alla conoscenza degli strumenti per il lavoro agile	- CUG - UOC Formazione e processi della docenza integrata
3.3. Facilitare il rientro al lavoro dei dipendenti che riprendo attività lavorativa dopo un lungo periodo di assenza (superiore ai 5 mesi)	Incontri di accoglienza e analisi bisogno formativi/aggiornamento	- Direzioni Mediche e Assistenziali - Medico Competente

2.4. - AREA 4: LA PARITÀ DI GENERE E IL CONTRASTARE LE VIOLENZE COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI

La Direttiva n. 2 del 2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" ha aggiornato alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva del 04 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni". In particolare è stata posta enfasi sul fatto che il CUG deve esercitare le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica.

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/11/2023, riguardante il "riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme", attribuisce al CUG una funzione fondamentale per la crescita della cultura del rispetto e delle pari opportunità. La Direttiva esplicita che i CUG possono dare un importante contributo per prevenire, conoscere e contrastare le violenze e molestie nei confronti delle donne intercettando le situazioni che si verificano all'interno delle amministrazioni contribuendo a far crescere i valori del rispetto all'interno dei luoghi di lavoro. Al fine di favorire la messa in sicurezza delle donne vittime di violenza, il CUG può porsi come "antenna", sensore e possibile destinatario delle segnalazioni rese dalle lavoratrici.

Inoltre, la legge 162 del 05 novembre 2021 modifica l'art. 20 del Codice delle pari opportunità tra uomo e donna di cui sopra e introduce altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo.

La UE attraverso "La strategia per la parità di genere" 2020-2025 presenta gli obiettivi strategici e le azioni volte a compiere progressi significativi entro il 2025 verso un'Europa garante della parità di genere. Gli obiettivi principali sono: porre fine alla violenza di genere, colmare il divario di genere nel mercato del lavoro, raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici, affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico, colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale e nella politica.

Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021 (Next Generation EU) del Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri rappresenta un vero e proprio promotore delle pari opportunità, alla luce del fatto che il contesto politico-legislativo europeo ha ormai consolidato questo tema come una delle priorità politiche. La Missione 5 - Inclusione e Coesione - del PNRR sostiene infatti il superamento delle rilevanti differenze di genere presenti in Italia in molteplici ambiti del vivere quotidiano: mercato del lavoro, partecipazione a processi decisionali, istruzione e accesso alla salute, che la crisi Covid-19 ha contribuito a esacerbare ancora di più colpendo in maniera negativa l'occupazione femminile e aumentando ancora le disparità già esistenti tra le Regioni di Nord e Sud dell'Italia.

Nel 2021 in Italia entra in vigore la Legge n. 162 del 05/11/2021 che, modificando il "Codice delle pari opportunità" del 2006, promuove e rafforza la tutela differenze di genere in ambito lavorativo, inserendo un nuovo sistema di certificazione e conseguente premialità per le aziende virtuose e inasprando al tempo stesso l'apparato di sanzioni e controlli.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza definisce la parità di genere in Italia come una delle priorità principali e introduce la certificazione di genere come strumento che mira ad incentivare le imprese nell'adozione di policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree che presentano maggiori

criticità e consente alle imprese di ottenere migliori graduatorie nell'accesso ai finanziamenti pubblici e nelle gare pubbliche d'appalto, oltre a sgravi contributivi.

In tale contesto europeo e nazionale la Direzione delle Aziende USL e OU valuta la parità di genere e la riduzione del gender gap un ambito strategico da sviluppare e implementare. In questo quadro si inseriscono: l'approvazione del Progetto interaziendale per la Parità di Genere presso l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, il Gender Manager Interaziendale (delibera nr. 236 del 13/06/2022) e la nomina del Gender Team delle Aziende Sanitarie ferraresi (delibera nr. 42 del 22/02/2023 e rinnovato con delibera AUSL nr. 233/AOU nr. 192 del 26/07/2024).

OBIETTIVI	AZIONI	RESPONSABILITÀ
4.1 Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze	Strutturazione di eventi formativi a PAF su tematiche delle pari opportunità, sulle differenze di genere, comunicazione di genere sul ciclo della violenza, sulla prevenzione della discriminazione di donne, giovani, senior, disabili, minoranze etniche, minoranze religiose, LGBT	- CUG -Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento
	Codice di Comportamento delle Aziende che include valori e azioni relative alle pari opportunità, la tutela dal mobbing e dalle molestie sessuali e persegue il benessere organizzativo	- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
4.2. Valorizzazione e promozione delle pari opportunità	Adozione del Bilancio di genere delle Aziende AUSL-OU	Staff Direzione generale e tutte le UU.OO coinvolte ai fini del superamento della certificazione
	Certificazione del percorso sulla parità di genere AUSL-AOU	
4.3. Contrasto molestie sul lavoro	Attività del Gruppo contro le discriminazioni	- CUG - UOC Servizio Prevenzione e Protezione Provinciale - UOC Rischio Clinico
	Formazione sul personale per la prevenzione delle molestie sessuali	- CUG -Servizio Interaziendale Formazione

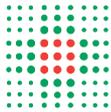
3. MONITORAGGIO E VERIFICA

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

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

4. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- Costituzione art. 3, comma 2: “pari dignità sociale ed eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge”;
- Costituzione art. 37, comma 1: “uguaglianza di diritti e parità di retribuzione fra uomini e donne nel rapporto di lavoro”;
- Legge 162 del 05 novembre 2021 “Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo”;
- Direttiva del 26/06/2019 n.2 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e Sottosegretario delegato alle pari opportunità, “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche”;
- Legge Regionale n.6/2014 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”;
- D.P.C.M. n. 3/2017 “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 07 agosto 2014, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- L. 124/2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” art. 14 “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”;
- L. 183 del 4/11/2010, art.21 (c.d. Collegato Lavoro) di modifica dell'art. 7 comma 1 lett. c) del D.Lgs 165 del 30/3/2001 dove si richiede, tra l'altro, alle PP.AA. di adoperarsi attivamente per eliminare ogni forma di discriminazione diretta o indiretta nelle fasi del lavoro pubblico quali l'accesso, il trattamento economico, le condizioni di lavoro, la formazione, le promozioni e la sicurezza sul lavoro;
- D.lgs n. 150/2009 “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”;
- sicurezza sul lavoro;
- D. lgs. n. 198 dell'11/04/2006 - Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della L. 246 del 28/11/2005 - che prevede l'obbligo dell'adozione del “Piano Triennale di Azioni positive” per le PP. AA. e sanzioni per l'amministrazione inadempiente;
- Direttiva “Nicolais – Pollastrini” del 23/05/2007 nella quale si specificano, tra l'altro, i campi di intervento delle Azioni Positive fra cui l'organizzazione del lavoro, le politiche di reclutamento, la gestione del personale, la formazione e la cultura organizzativa;
- D. lgs. n. 198 dell'11/04/2006, Art. 48, comma 1, da cui emerge che il Piano di Azioni Positive debba assicurare “la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità” nonché “realizzi la migliore utilizzazione delle risorse umane nella P.A.” aggiungendo che i Piani devono promuovere l'inserimento delle donne nei settori dove sono sottorappresentate;
- D.lgs. n. 198 dell'11/04/2006, art.42 che esplicita il significato del termine “azione positiva”;
- D. lgs n. 165 del 30/03/2001, art. 57 comma 1 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” con cui sono stati imposti dal legislatore alcuni tipi di azioni positive;
- PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute, Monitor 45, 2021;
- Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/11/2023, riguardante il "riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme".



Le Aziende Sanitarie di Ferrara *per* L'EQUITÀ *nella* SALUTE



Piano Aziendale Equità

Per quanto riguarda le Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere le Aziende Sanitarie provinciali hanno ottenuto la certificazione di parità di genere già dal 2024 e si impegnano al mantenimento della stessa ed a tutte le azioni messe in campo dal Board equità e dal diversity manager. Si richiamano anche le attività in corso promosse dal Gruppo di coordinamento regionale equità (costituito con det. n. 28136/2024) ed al quale le aziende sanitarie provinciali partecipano attivamente. Entro la fine del 2025 per il triennio 2026-2028, le Aziende predisporranno il Piano aziendale equità, che si può configurare dal punto di vista metodologico come uno dei "piani attuativi del PIAO".