

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOPSO_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000435
DATA: 23/12/2024 16:37
OGGETTO: Approvazione del documento "Recepimento delle "Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", di cui alla DGR 18471 del 10/09/2024" e provvedimenti conseguenti.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Gibertoni Chiara in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Basili Consuelo - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Samore' Nevio - Direttore Amministrativo

Su proposta di Simona Maietti - SSD ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

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

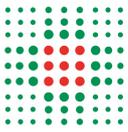
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- PROGRAMMA VALUTAZIONE DEL PERSONALE
- UOC INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)
- SSD SETTORE AMMINISTRATIVO AREA TECNICA
- DIRETTORE SANITARIO
- UOC PROGETTAZIONE SVILUPPO INVESTIMENTI
- UOC AFFARI GENERALI E RAPP. CON UNIVERSITA'
- FUNZIONI TRASVERSALI DI DIREZIONE SANITARIA
- SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI
- SS GOVERNO CLINICO E QUALITA'
- DIREZIONE ASSISTENZIALE
- UOC SUPP ALLA PIANIFIC STRATEG SVILUPP ORGANIZZ E FORMAZ
- UOC MEDICINA LEGALE E GESTIONE INTEGRATA RISCHIO
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)



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.



- RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)
- UOC SERV.PREVENZIONE E PROTEZIONE
- DIRETTORE SCIENTIFICO
- SS FORMAZIONE
- UOC SUPPORTO ALLA GESTIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI DAI
- UOC CONTROLLO GESTIONE
- AUDIT INTERNO
- SSD ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000435_2024_delibera_firmata.pdf	Basili Consuelo; Gibertoni Chiara; Maietti Simona; Samore' Nevio	0EF309D7CDF44D2316DAE2931D71BE60 4BFE3CDAB22574F2BF6096B0DDD1BC92
DELI0000435_2024_Allegato1.pdf:		1C04E02DDDE4118896A131636C3A83F04 C40747C759AF425A66EB2A3AE363AB6
DELI0000435_2024_Allegato2.pdf:		09C8CDEECEC378FB351E37E26EB9257 CE4C8FEDF0C60F819E4270A03825130F8



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: Approvazione del documento "Recepimento delle "Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", di cui alla DGR 18471 del 10/09/2024" e provvedimenti conseguenti.

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- l'art. 3 ter della L. R. n. 29/2004 "*Sistema di audit interno*", così come introdotto dalla L. R. n. 9/2018 "*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*", che prevede l'istituzione del Nucleo Regionale Audit e dispone che in ciascuna Azienda sanitaria sia istituita la funzione di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida regionali, nonché alle migliori pratiche;
- la delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 977 del 18/06/2019 "*Linee Guida di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019*" che prevede, all'allegato B, per tutte le aziende sanitarie regionali, l'avvio, entro il 31/12/2019, del Sistema di Audit interno, istituendone la funzione;
- la delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 1972 del 11/11/2019 "*Istituzione del Nucleo Audit Regionale ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29. Definizione sua composizione*", con la quale è stato dato formale avvio alla costituzione del Nucleo Audit regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di audit aziendale, indicandone composizione, attività e modalità di funzionamento;
- la determinazione Giunta Regione Emilia Romagna n. 22254 del 2/12/2019 "*Nomina dei componenti del Nucleo Audit Regionale ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, della L. R. 23 dicembre 2004, n. 29*", con la quale si è proceduto, tra le altre, a nominare i componenti del Nucleo Audit regionale, a stabilirne la durata e gli elementi di natura organizzativa;
- la determinazione di Giunta Regione Emilia Romagna n. 5923 del 6/4/2021 "*Nucleo Regionale. Sostituzione componenti*", mediante il quale sono stati sostituiti alcuni componenti del nucleo ed è stato confermato quanto disposto dalla determinazione n. 22254/2019;
- la determinazione di Giunta Regione Emilia Romagna n. 1984 del 01 febbraio 2023 "*Nomina dei componenti del Nucleo Audit Regionale ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29*", con la quale si è provveduto alla ricomposizione del Nucleo, fissandone la durata in 3 (tre) anni fino al 28 febbraio 2026 e confermandone ogni altro aspetto di natura organizzativa rilevante per il suo corretto funzionamento;

- la determinazione di Giunta Regione Emilia Romagna n. 23188 del 6/11/2023 “*Approvazione Linee Guida Regionali inerenti alla definizione di un sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC ai sensi della DGR N. 1972 del 11/11/2019 e sostituzione componente Nucleo Audit Regionale*”, di approvazione delle Linee Guida regionali inerenti al Sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC e aggiornamento dei componenti il Nucleo Audit regionale;

Richiamata altresì la deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 26/10/ 2021 “*Conferimento dell’incarico di funzione denominato “Audit Interno”*” con la quale è stato conferito il predetto incarico di funzione alla dott.ssa Daniela Sangiovanni;

Considerato che, per dare attuazione alla previsione di cui alla richiamata DGR n. 1972/2019, era necessaria la formalizzazione in apposito documento di una comune metodologia di lavoro a valere da impulso raccordo e coordinamento delle Funzioni aziendali di Audit interno;

Considerato altresì che è stata quindi predisposta la bozza di “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale”;

Preso atto che le predette Linee Guida, condivise con i Direttori amministrativi delle aziende del Servizio Sanitario Regionale ed approvate in occasione della seduta del Nucleo di Audit Regionale del 9/7/2024, sono state adottate con determinazione della Giunta regionale n. 18471 del 10/9/2024;

Dato atto che, con nota Prot. 01/10/2024.1098585.U, acquisita agli atti al PG n. 38620/2024, il documento è stato inviato alle Aziende sanitarie regionali, con invito ad adottare le Linee Guida entro il 2024, tramite apposito atto nel quale siano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno;

Specificato che la summenzionata nota regionale dispone che le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna nella definizione del proprio Sistema di Controllo Interno devono uniformarsi alle Linee Guida regionali;

Evidenziato che in Azienda sono identificate le funzioni del secondo livello di controllo riguardanti:

- Sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico;
- Accredimento/qualità;
- Controllo strategico e controllo di gestione (con riferimento all’attività di programmazione e valutazione dell’efficienza ed efficacia);
- Prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Antiriciclaggio;
- Prevenzione/protezione dei luoghi di lavoro;
- DPO/Privacy;
- Sicurezza informatica e alla transizione digitale;

Ritenuto, pertanto, di integrare il Sistema di Controllo Interno:

- con la funzione di secondo livello denominata “PAC Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie”, nominando quale Responsabile il dott. Stefano Masini, Direttore del UOC/Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza;
- con la funzione di secondo livello denominata “Sicurezza informatica e transizione digitale” nominando quale Responsabile l’ing. Luca Capitani, Direttore della UOC/Information and communications technology;

Valutato quindi di adottate il documento relativo al Sistema di Controllo Interno denominato “Recepimento delle “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale”, approvate con DGR 18471 del 10/09/2024”, costituente parte integrante e sostanziale del presente atto, unitamente alle allegate n. 9 schede di mappatura dei controlli di secondo livello, nelle quali vengono esplicitati per ciascuna delle funzioni aziendali che esercitano il secondo livello di controllo:

- Rischi presidiati e gestione/monitoraggio degli stessi;
- Normativa di riferimento;
- Funzione/Struttura organizzativa;
- Modalità operative di lavoro;
- Modalità di rendicontazione interna;
- Eventuali obblighi di rendicontazione esterna;
- Relazione con altri livelli di controllo.

Precisato che nell’allegato documento “*Recepimento delle “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale”, approvate con DGR 18471/2024*” si fa espresso rinvio alle Linee Guida regionali per quanto ivi non specificato;

Ritenuto

- di riservare a successivo provvedimento eventuali specifiche ed integrazioni del Sistema di controllo interno e/o modifiche anche nell’ottica di una futura riorganizzazione dei servizi interaziendali;
- di rinviare a successivo provvedimento organizzativo gli eventuali aggiornamenti conseguenti all’adozione del presente atto nonché ogni altro atto organizzativo con esso coerente;

Delibera

Tanto premesso e ritenuto,

- di integrare il Sistema di Controllo Interno con le funzioni di secondo livello denominate “PAC Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie” e “Sicurezza informatica e transizione digitale”, nominando quali Responsabili rispettivamente il dott. Stefano Masini, Direttore della UOC/Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza e l’ing. Luca Capitani, Direttore della UOC/Information and communications technology;

- di adottare e formalizzare il Sistema di Controllo Interno aziendale mediante l'approvazione del documento relativo al Sistema di Controllo Interno denominato *“Recepimento delle “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale”, approvate con DGR 18471/2024”* , costituente parte integrante e sostanziale del presente atto, unitamente alle allegate n. 9 schede di mappatura dei controlli di secondo livello;
- di rinviare per quanto non espressamente previsto nel predetto documento alle Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, approvate con DGR 18471/2024 ed acquisite agli atti al PG n. 38620/2024;
- di confermare che la Funzione di Audit Interno afferisce alla SSD Anticorruzione e Trasparenza e di dare atto che per le attività strettamente connesse all'incarico risponde alla Direzione Strategica /Direttore Generale;
- di riservare a successivo provvedimento eventuali specifiche ed integrazioni del Sistema di controllo interno e/o modifiche anche nell'ottica di una futura riorganizzazione dei servizi interaziendali;
- di rinviare a successivo provvedimento organizzativo gli eventuali aggiornamenti conseguenti all'adozione del presente atto nonché ogni altro atto organizzativo con esso coerente.

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

Simona Maietti

Recepimento delle “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale” approvate con DGR 18471 del 10/09/2024

Obiettivo del presente documento è quello di definire il **Sistema di Controllo Interno aziendale (SCI) dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna** che rappresenta l'insieme di regole procedure sistemi ed articolazioni organizzative utilizzate per assicurare il conseguimento degli obiettivi aziendali tramite un adeguato processo di identificazione, misurazione gestione e monitoraggio dei rischi aziendali.

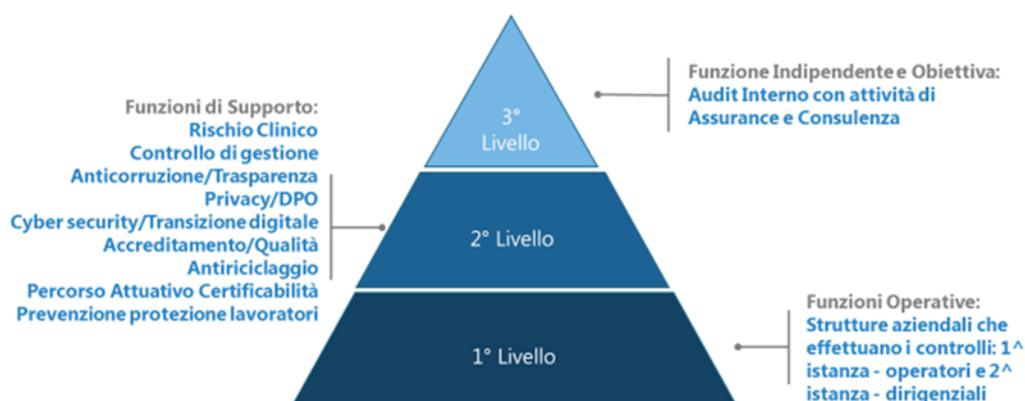
Il documento recepisce le “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale” approvate con DGR 18471 del 10/09/2024, cui si fa espresso rinvio per quanto non espressamente di seguito precisato.

Il sistema di controllo aziendale garantisce:

1. l'efficienza, l'efficacia, la qualità e la sicurezza dei processi aziendali;
2. la corretta informativa di bilancio;
3. il rispetto di leggi e regolamenti, nonché delle procedure interne;
4. l'affidabilità delle informazioni fornite alla Direzione e agli altri soggetti interni ed esterni all'Azienda;
5. la salvaguardia del patrimonio aziendale.

La struttura è basata su tre livelli di controllo (tre linee di difesa), all'interno delle quali le funzioni aziendali di controllo e di gestione dei principali rischi aziendali hanno una chiara collocazione e svolgono ruoli ben definiti.

Il Sistema di Controllo Interno - SCI



Tale sistema integrato, su tutti i livelli organizzativi, consente di orientare le attività di verifica verso i soggetti appropriati, in modo da rendere efficace ed efficiente l'intercettazione dei rischi e la loro gestione tempestiva ed adeguata.

IL PRIMO LIVELLO DI CONTROLLO

I controlli di primo livello (o prima linea di difesa) sono legati alla responsabilità dirigenziale e diretti ad assicurare il corretto svolgimento della operatività delle singole strutture organizzative. Si tratta di controlli (autocontrolli) insiti nei processi operativi aziendali, al fine di assicurare la corretta gestione dei rischi connotati nelle fasi e attività operative. Essi infatti sono predisposti dal management di riferimento e sono attuati sia dagli operatori che dal management stesso, nel rispetto degli obiettivi e delle responsabilità del medesimo. I c.d. controlli di primo livello si collocano, pertanto, nelle fasi operative identificate nell'ambito di ciascun processo aziendale, allo scopo di ridurre i rischi specifici.

Tali controlli hanno carattere procedurale, informativo, comportamentale, amministrativo-contabile e sono diretti ad assicurare, nell'ambito dei processi aziendali, il puntuale svolgimento delle attività e la corretta assunzione delle decisioni attraverso la verifica del rispetto di leggi, regolamenti e procedure interne, nonché garantiscono l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità e l'attendibilità delle informazioni e dei dati.

La prima linea di difesa è, quindi, costituita da verifiche continue e sistematiche o automatiche, svolte sia da chi mette in atto la medesima attività, sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione diretta (Responsabili e Direttori U.O.) nell'ambito della stessa unità organizzativa, funzione o processo.

Le attività di controllo che rientrano nella prima linea di difesa si suddividono, al loro interno, tra controlli di prima istanza (effettuati dagli operatori della Struttura o Servizio di riferimento) e controlli di seconda istanza (effettuati dal Responsabile o Direttore della stessa Struttura o Servizio).

In ogni caso, la responsabilità dei controlli di primo livello ricade sul Responsabile dell'U.O./Servizio competente, cui fanno capo le persone che svolgono tali controlli.

IL SECONDO LIVELLO DI CONTROLLO

I controlli di secondo livello (o seconda linea di difesa) sono affidati a strutture organizzative e funzioni istituzionalmente preposte al controllo, che garantiscono il monitoraggio continuo dei principali rischi aziendali, attraverso un processo che, previa identificazione/aggiornamento degli stessi, ne consente un'adeguata misurazione/valutazione (definendone metodologie e strumenti) ed il relativo trattamento (attraverso misure/controlli), da agirsi nelle aree operative. Il tutto, in un'ottica di miglioramento continuo.

Le attività di controllo della seconda linea di difesa sono:

- rivolte a specifici rischi;
- svolte da funzioni aziendali dedicate in modo trasversale su tutta l'organizzazione;
- integrate all'interno del complessivo Sistema di Controllo Interno.

Concorrono alla definizione delle politiche aziendali di governo dei principali rischi, attuandone il relativo processo di gestione.

Le funzioni/strutture/unità organizzative aziendali che esercitano il secondo livello di controllo attengono a:

1. Sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico;
2. Accreditamento/qualità;
3. Controllo strategico e controllo di gestione (con riferimento all'attività di programmazione e valutazione dell'efficienza ed efficacia);
4. Prevenzione della corruzione e trasparenza;
5. Antiriciclaggio;
6. Prevenzione/protezione dei luoghi di lavoro;
7. Privacy/DPO;
8. Sicurezza informatica e alla transizione digitale;
9. Percorso attuativo della certificabilità di bilancio (PAC).

Si rinvia alle **schede riassuntive**, allegate al presente documento quale parte integrante, nelle quali vengono esplicitati **per ciascuna funzione aziendale**:

- Rischi presidiati e gestione/monitoraggio degli stessi;
- Normativa di riferimento;
- Responsabile e/o Funzione/Struttura organizzativa;
- Modalità operative di lavoro;
- Modalità di rendicontazione interna;
- Eventuali obblighi di rendicontazione esterna;
- Relazione con altri livelli di controllo.

IL TERZO LIVELLO DI CONTROLLO

L'Internal Auditing si identifica nel controllo di terzo livello finalizzato a valutare l'adeguatezza e la funzionalità del complessivo sistema dei controlli interni, individuandone i punti di debolezza e identificandone i rischi, promuovendo il miglioramento continuo dei processi, dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione.

Ai sensi della Legge Regionale Regione Emilia Romagna del 16 luglio 2018 n. 9¹, con Deliberazione n. 298 del 26.10.2021, l'Azienda ha istituito la Funzione di audit aziendale.

Tale funzione di controllo indipendente, in quanto preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali, dà attuazione a quanto già previsto dal PNA 2022 – 2024 per il quale *“Il successo del contrasto alla corruzione è quello del reale coinvolgimento e del raccordo del RPCT con gli altri attori preposti nella stessa P.A. al controllo interno. L'obiettivo comune di migliorare l'efficienza, la qualità e l'attività complessiva dell'amministrazione può essere realizzato*

¹ *“in ciascuna Azienda sanitaria è istituita la Funzione di Audit Interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche. La Funzione di Audit Interno persegue l'obiettivo di indicare le necessità azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi.*

La Funzione di Audit Interno assiste altresì la Direzione aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli aziendali, raccomandando le dovute azioni di miglioramento. La funzione di audit interno è incardinata presso la Direzione Aziendale”.

.....“il Nucleo Audit Regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di audit aziendale

mettendo a sistema gli strumenti di controllo esistenti, piuttosto che aggiungendo misure di controllo ulteriori. Punto di forza è anche rappresentato dal coordinamento tra il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione svolto dal RPCT e i controlli interni. Ciò può consentire di mettere meglio a fuoco le problematiche significative emerse nel corso dello svolgimento delle verifiche e valutare l'adeguatezza delle misure adottate nonché le eventuali azioni di miglioramento che possono essere intraprese."

Il Controllo di Terzo livello (Audit Interno) si inserisce con l'obiettivo di valutazione e sviluppo del Sistema di Controllo Interno nel suo complesso, nonché di supporto operativo nella mappatura dei rischi insiti in ogni processo, promuovendo, in particolare, un approccio trasversale e di sistema che eviti la sua parcellizzazione in sottosistemi autonomi o la presenza di aree non presidiate.

I compiti della Funzione e la metodologia di lavoro sono quelli descritti nelle Linee Guida regionali cui si rinvia.

Attualmente la Funzione di Audit afferisce funzionalmente alla SSD Anticorruzione e Trasparenza e risponde per l'attività direttamente alla Direzione strategica aziendale/Direttore Generale a cui sottopone, ai fini dell'approvazione, il **Piano di audit** è redatto su base biennale ed è adottato, previo parere della Direzione Strategica, con deliberazione del Direttore generale entro il primo semestre dell'anno, previa informativa al Collegio Sindacale.

In questo documento di programmazione vengono definiti gli ambiti di azione, le attività di controllo da svolgere sulla base degli interventi prioritari, individuati in funzione del livello di rischio connesso ai diversi ambiti di audit nonché sulla base delle indicazioni del Nucleo Regionale Audit.

Tenuto conto degli obblighi di vigilanza, esame e valutazione posti in capo al Collegio Sindacale delle Aziende del Servizio sanitario regionale, l'Azienda ha attivato un flusso informativo periodico bidirezionale tra la funzione aziendale di Audit interno e l'Organo aziendale di vigilanza, al fine dell'utilizzo efficace delle risultanze delle proprie attività di controllo, concordando, nel caso, un programma di incontri nel corso dell'anno.

SCHEDA 1

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governare del rischio (2° livello)
<p>Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico</p>	<p>Tecnostruttura in staff alla Direzione Sanitaria SSD Coordinamento operativo delle attività per la Sicurezza delle Cure UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del rischio</p>	<p>si</p>

Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
<p>Legge 8 Marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;</p> <p>Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).</p> <p>Raccomandazioni Ministeriali</p> <p>Decreto del Ministero della Salute 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità</p> <p>DGR n. 1350/2012 e n. 2079/2013 "Approvazione del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie</p> <p>L.R. 13/2012 e s.m.i. "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del servizio Sanitario regionale"</p> <p>Regione Emilia-Romagna, Determinazione n. 16396 del 08/08/2024 "Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure: rinnovo nucleo operativo del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente"</p> <p>DGR n. 1036 del 03/07/2018 "Ridefinizione delle funzioni dell'osservatorio regionale per la sicurezza delle cure, ex legge regionale n. 13/2012 e ss.mm.ii., e istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, in attuazione della l. n. 24/2017"</p> <p>DM 19 dicembre 2022, "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie"</p> <p>DGR n. 886 del 06/06/2022 "Nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. 22/2019" DGR n. 466 del 06/04/2021 "Aggiornamento indirizzi di programmazione regionale in tema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private"</p>	<p>PIANO PROGRAMMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO</p> <p>Procedura aziendale PA90: Gestione degli eventi e "quasi eventi" ed attivazione dell'Unità di crisi per la gestione e comunicazione degli eventi avversi</p> <p>Piano integrato di attività e organizzazione 2023 – 2025</p> <p>Deliberazione n. 81 del 13/03/2024 "Assetto organizzativo della tecnostruttura della direzione aziendale dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Riorganizzazione della Direzione Scientifica e Direzione Assistenziale"</p> <p>Del. n. 375 del 28 dicembre 2023, "Assetto organizzativo dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola – Regolamento di Organizzazione Aziendale (ROA) - rev. 1 del 28/12/2023"</p> <p>Del. n. 80 del 15 marzo 2023, "Assetto organizzativo della tecnostruttura della direzione aziendale dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – ulteriore riorganizzazione area sanitaria"</p>	<p>La SSD Coordinamento operativo delle attività per la Sicurezza delle Cure garantisce la funzione di risk management e sicurezza delle cure aziendale, coordinando l'attuazione e il monitoraggio delle azioni del Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, in coerenza con gli obiettivi annuali della programmazione regionale e aziendale. Coordina progetti di miglioramento e di innovazione associati alla gestione del rischio e alla sicurezza delle cure interfacciandosi con le funzioni in staff del Direttore Sanitario, in particolare con la UOC di Medicina Legale e gestione integrata del rischio. A livello aziendale, rappresenta il livello di riferimento intermedio fra la Direzione aziendale e i facilitatori per la sicurezza delle cure delle Unità Operative/Programmi, promuovendo e implementando al contempo gli interventi proattivi sulla prevenzione e il controllo del rischio sanitario. Partecipa come componente alle attività del Comitato Valutazione Sinistri aziendale, al fine di trarre elementi conoscitivi utili per il miglioramento della sicurezza e per garantire la necessaria armonizzazione delle funzioni proattive di risk management con quelle reattive di gestione del contenzioso e risoluzione dei conflitti.</p>

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governare del rischio (2° livello)
Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	Tecnostuttura in staff alla Direzione Sanitaria SSD Coordinamento operativo delle attività per la Sicurezza delle Cure UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del rischio	si

Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
<p>Presente: l'adesione al monitoraggio annuale di AGENAS in merito all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali rappresenta l'ossatura del monitoraggio che si articola poi, rispetto alle peculiarità aziendali, in approfondimenti e analisi di contesto sulla base delle segnalazioni spontanee di eventi avversi e near miss ricevute e/o sul rilievo di criticità attraverso l'attività di audit: indagini confidenziali su documentazione sanitaria (valutazioni indicatori di esito sfavorevole-SDO) - Significant Event audit su eventi significativi segnalati/rilevati, SEA specifici (cadute, near miss ostetrici, infezioni e trombosi venose post-chirurgiche, ecc). Fonti informative alimentate dalle segnalazioni inserite nella piattaforma regionale SegnalER</p>	<p>Presente: confronto e integrazione delle fonti informative per la sicurezza disponibili, attività di analisi reattive e proattive (SEA; FMEA/FMECA)</p>	<p>SI: report azioni di miglioramento messe in campo (specifiche su singolo evento segnalato/rilevato e trasversali) di cui si dà evidenza negli aggiornamenti del Piano programma e nelle relazioni annuali ex art. 2 comma 5 Legge n. 24/2017 - Livello raggiungimento obiettivi sicurezza delle cure Linee di Programmazione e Finanziamento RER. Monitoraggio periodico attività e azioni di miglioramento nell'ambito del Board aziendale sicurezza delle cure.</p>

Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2° livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
<p>Presente: Rete di facilitatori per la sicurezza delle cure, (Direttori, Dirigenti medici loro delegati e Coordinatori infermieristici di UO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendicontazioni periodiche al livello regionale (Flussi informativi specifici, Relazioni di bilancio preventive e consuntive sulla base delle Linee di Programmazione – area tematica Sicurezza delle cure- PIAO); ➤ Relazione ex art. 2 comma 5 Legge 24/2017 ➤ Report pubblicati nella sezione intranet- Sicurezza delle cure (Analisi Segnalazioni di IR) ➤ Rendicontazioni periodiche nell'ambito del Board aziendale per la sicurezza delle cure. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obiettivi Sicurezza delle cure (Linee di Programmazione e finanziamento RER) ➤ Indicatori Patient safety (Cruscotto INSIDER_ RER) ➤ Indicatori Obiettivi di budget -area tematica Sicurezza delle cure-

SCHEDA 2

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Accreditamento/Qualità	SS Governo Clinico e Qualità	---
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
<p>L.R. n. 22 del 6 novembre 2019 «Nuove norme in materia di Autorizzazione e Accreditamento»; DGR n.1314 del 01/07/2024 « Approvazione Requisiti Generali dell'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private"; norme di riferimento e requisiti per autorizzazioni e certificazioni di eccellenza (AIFA, JACIE, FACT, CNT, CNS, ISO, EUSOMA).</p> <p>DGR RER per Reti cliniche e PDTA Regionali.</p> <p>DM 28/12/1991 "Istituzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera"; LLGG di codifica SDO RER: Indicazioni per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissione Ospedaliera – 16/06/2023; DGR 878 del 29/05/2023 Delibera Tariffe Ricoveri Ospedalieri; DGR 335 del 12/01/2022 BOLOGNA Piano Annuale dei Controlli.</p>	<p>Determinazione n. 21954 del 04/12/2020 «Rinnovo Accreditamento Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi»; Manuale Aziendale di Accreditamento rev. 2 del 6/5/2019 (in revisione); Manuali, Procedure aziendali, interaziendali, interservizi e di servizio redatti per supportare i processi e soddisfare i requisiti dell'Accreditamento e di altri modelli di riferimento nazionali e internazionali.</p> <p>PDTA aziendali e Interaziendali in ottemperanza delle DGR RER e delle LLGG nazionali e internazionali.</p> <p>Delibera NAC n. 0000237 del 27/07/2022 (in revisione).</p> <p>PG in uscita su Formalizzazione Reti afferenti a GCQ.</p>	<p>Garantire costantemente la sussistenza dei requisiti e indicazioni di appropriatezza richiesti e fornire spunti per il processo di miglioramento continuo dei processi.</p>
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
<p>Si riguardo ai processi e strutture oggetto dell'Accreditamento (Azienda, Dipartimenti, UU.OO., PDTA) e delle Indicazioni RER sui percorsi di presa in carico e sulla appropriatezza dei ricoveri</p>	<p>Rispetto alla necessità di implementazione di un'analisi del rischio, si può procedere con l'applicazione di strumenti proattivi (con il supporto del Rischio Clinico).</p> <p>Per le certificazioni di eccellenza l'analisi dei requisiti e il relativo ottemperamento rappresenta di per sé l'applicazione di un processo di valutazione del rischio; stessa cosa per quanto riguarda i percorsi di presa in carico e l'appropriatezza (si seguono le indicazioni RER).</p>	<p>SI</p>
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2° livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
<p>SI (Reti dipartimentali e di UUOO per Governo Clinico-EBN, Qualità e SDO)</p>	<p>Interconnessioni verbali e scritte con le aree Qualità, Governo Clinico, SDO, Controllo di gestione e le altre strutture in staff e line alla Direzione Aziendale (responsabili della gestione dei processi di supporto).</p>	<p>Autovalutazioni, audit, riesame della direzione, monitoraggio indicatori ed eventuale revisione delle procedure/documenti a sostegno dei processi principali e di supporto.</p>

SCHEDA 3

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Controllo interno ex D.Lgs. 286/1999 - art. 1, co.1, lett. b) e art. 4	SSD Controllo di gestione	si

Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
<p>Lgs. 118/2011; DM.24/5/2019; Processo di budget art. 8 L.R. 9/2018; Contabilità analitica art. 17 L.R. 9/2018; Linee guida PAC Budget DGR 1562/2017; DGR 990/2023 Obiettivi di mandato del DG Linee di Programmazione Regionali DGR relative alla programmazione economica e indicazioni regionali inerenti le verifiche infrannuali D.lgs. 150/2009 così come modificato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017; Legge n. 190/2012; D.lgs n. 33/2013; D.lgs. n. 97/2016.</p>	<p>Procedura di Budget: PAPAC01 del 23.05.2016 Azione di Miglioramento 2018-2019 PIAO (Del 224/2023 e successivi aggiornamenti del 62/2024 e del 280/2024) Relazione della performance Linee guida di budget redatte sulla base delle linee di indirizzo nazionali e regionali, dei documenti di programmazione sanitaria locale, del preconsuntivo dell'anno precedente e del PIAO Masterbudget Pubblicazione sulla intranet aziendale dei budget per ogni articolazione (Dipartimenti/UUOO) PA01 Procedura Aziendale di riesame della Direzione Bilancio Preventivo Economico Bilancio di Esercizio</p>	<ul style="list-style-type: none"> Garantire la corretta gestione delle risorse assegnate e il raggiungimento degli obiettivi Garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Aziende con la programmazione annuale regionale e la delibera di mandato del DG: formulazione del budget aziendale in coerenza con i documenti regionali, individuazione di indicatori e target da declinare alle proprie macro articolazioni Garantire la corretta redazione delle verifiche infraannuali e del CE IV trimestre in collaborazione con la Contabilità
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
<ul style="list-style-type: none"> Nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida PAC Regionali, il processo di budget e il relativo sistema di monitoraggio sono mappati nella procedura PAPAC01 e nell'Azione di Miglioramento condotta nel 2018-2019. E' in corso di definizione la revisione 1 (REV.1) della procedura PAPAC01 che verrà conclusa entro il 31/12/2024. Identificazione dei processi rilevanti sulla base delle indicazioni normative, del PIAO e delle Linee di Programmazione regionali. 	<p>Rischio implicito di mancato raggiungimento di obiettivi operativi, di reporting, finanziari.</p>	<p>Rispetto del processo, reporting periodico su attività e costi. Monitoraggi e verifiche a vari livelli (OIV-SSR, CdR, OIV-SSR)</p>
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
<ul style="list-style-type: none"> Dipartimenti e UUOO afferenti (Proponente aziendale obiettivo di budget, direttori, gestori) CdG e gestori 	<p>Verso l'alto: Direzione aziendale, OAS, OIV-SSR, RER Verso il basso: gestori Trasversali: SUMCF, Anticorruzione e Trasparenza, CUG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Svolto dal CDG in collaborazione con i Sistemi Informativi, con le gestioni aziendali e con il SUMCF Monitoraggio costante per rilevazione scostamenti significativi/eventuali criticità. Eventuali rinegoziazioni

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Controllo interno ex D.Lgs. 286/1999 - art. 1, co.1, lett. a) e art. 2	Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF)	si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
L.R. Emilia Romagna 9/2018	Procedure Aziendale PAC 01	Controllo interno di regolarità amministrativa e contabile
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Si, nell'ambito della partecipazione al progetto PAC	Rischio compliance	Controlli trimestrali versamenti contributivi e fiscali, saldi di cassa economale e istituto tesoriere; controlli a campione su delibere e determinazioni; controlli annuali su agenti contabili; controlli su CE IV trimestre, bilancio d'esercizio; redazione questionario Corte dei conti su bilancio consuntivo.
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
	Collegio Sindacale, Direzione Aziendale, CdG, SUMCF, U.O.	

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Controllo interno ex D.Lgs. 286/1999 - art. 1, co.1, lett. c)	Supporto alla pianificazione strategica e Sviluppo organizzativo	si

Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
Linee guida OIV SSR per la valutazione del personale	1) Guida alla valutazione del personale 2) Piano di 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione (PG 37794 del 30/10/2023)	Valutare il personale con l'obiettivo di migliorare i risultati organizzativi e la qualità dei servizi prodotti in un'ottica di responsabilizzazione del personale stesso verso il pieno svolgimento delle funzioni assegnate all'azienda migliorando la crescita professionale. Le valutazioni previste 1) Valutazione individuale annuale 2) Valutazione delle performance organizzativa 3) Valutazioni pluriennali 4) Valutazione del periodo di prova
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Il processo di valutazione del personale è descritto nella Guida alla Valutazione	1) Rischio implicito di mancato raggiungimento di obiettivi di budget e individuali 2) Rischio implicito di non corretta assegnazione dei fondi di risultato associati al sistema premiante	1) Monitoraggio sull'applicativo GRU del rispetto dei tempi di valutazione e interfaccia con il controllo di gestione per la verifica di raggiungimento degli obiettivi 2) controllo di qualità sul sistema di attribuzione della quota incentivante
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
UU.OO./Dipartimenti	Direzione Aziendale, OAS, OIV-SSR, CDG, sviluppo organizzativo	Previsti monitoraggi a vari livelli (OAS, CDG, OIV-SSR)

SCHEDA 4

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governare del rischio (2° livello)
Prevenzione della corruzione e trasparenza	SSD Anticorruzione e Trasparenza	Si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
<p>Legge 190/2012 e s.m.i. e D.Lgs.33/2013 s.m.i</p> <p>D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021; DPR 24 giugno 2022 n. 81; DGR 990 del 19.06.2023</p> <p>Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottato annualmente dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)</p>	<p>Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza PIAO 2023/2025 adottata con Deliberazione n. 58 del 27/02/2023 e successivo aggiornamento 2024 adottato con Deliberazione n. 62 del 26/02/2024: pubblicato sul sito web aziendale</p> <p>Codice di Comportamento Aziendale approvato con Deliberazione n. 27 del 24/01/2024; Codice di condotta per l'Integrità della Ricerca approvato con n. 357 del 20/12/2024; Regolamento per la gestione della cattiva condotta nella ricerca (Scientific Misconduct)</p>	Prevenire fenomeni di corruzione e diffondere la cultura della legalità e della trasparenza
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Secondo le "Aree di rischio" definite da ANAC	<p>L'analisi e la valutazione del rischio viene effettuata seguendo le "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" di cui all'All.1) al PNA 2019 che prevede una valutazione di tipo qualitativo. Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:</p> <p>A. analisi del contesto esterno</p> <p>B. analisi del contesto interno e mappatura dei processi</p> <p>C. valutazione e analisi del rischio</p> <p>D. trattamento del rischio con identificazione delle misure di prevenzione della corruzione</p> <p>E. monitoraggio e riesame.</p> <p>Nell'ambito del Tavolo RPCT AVEC e AUSL Romagna vengono annualmente individuate aree specifiche per la mappatura dei processi e la valutazione del rischio, a cui si aggiungono ulteriori aree individuate nell'ambito del Board Anticorruzione e Trasparenza aziendale. Il tutto con il coinvolgimento dei Responsabili delle UUOO</p>	<p>Previsto con misure generali che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e con misure specifiche che operano in maniera puntuale su alcuni rischi specifici non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali.</p> <p>Monitoraggio generale delle misure pianificate nella Sezione e del rispetto degli obblighi di pubblicazione sia in termini di tempistica che di contenuti</p>
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2° livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
Si (attualmente le misure indicate nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza)	Verbal di Audit, Relazioni periodiche sui controlli, Relazione annuale RPCT	Monitoraggio annuale della Sezione Anticorruzione e Trasparenza con richiesta di rendicontazione alle UU.OO. circa l'effettiva applicazione delle misure indicate nella Sezione. Verifiche sulle misure da adottare per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza per la valutazione degli obiettivi di performance organizzativi e individuali/ obiettivi strategici.

SCHEDA 5

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Antiriciclaggio Art. 10 D.Lgs. 231/2007	SUME - Servizio Unico Metropolitano Economato	si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
D.Lgs 231/2007 art.10 e aggiornamento delle operazioni sospette con Provvedimento UIF del 23/04/2018	Regolamento Aziendale per la gestione delle segnalazioni nelle ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo – Deliberazione n. 114 del 18.05.2017 . Tavolo di confronto con AVEC per uniformare le procedure/regolamenti aziendali e valutare la possibilità di acquisire un SFTW unico regionale che si interfacci con il GAAC per estrarre "acriticamente" dai dati contabili i possibili segnali "red flag" che poi devono essere valutati dal Bilancio, e se confermati, inviati tramite lo stesso SFTW alla UIF	Contrastare i fenomeni del riciclaggio e finanziamento del terrorismo fornendo supporto alle competenti autorità
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Non presente	Indicatori di anomalia - allegato 1 alle Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici della PP.AA. Provvedimento UIF del 23/04/2018 in GU 269 del 19/11/2018.	Art.10, c.3 richiede specifiche procedure interne per la gestione del rischio (Regolamento Aziendale)
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
Si: quelle indicate all'interno del Regolamento Aziendale	Nessun flusso informativo: né dal basso proveniente come segnalazione dalle UU.OO. Aziendali, né da parte del Responsabile verso la Direzione Aziendale	Fino ad oggi non è stata fatta alcuna segnalazione alla UIF - Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia.

SCHEDA 6

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale		Governo del rischio (2° livello)
Prevenzione/protezione dei luoghi di lavoro	Servizio di prevenzione e protezione aziendale in Staff alla DG		si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento		Obiettivo della Funzione
D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.	https://intranet.aosp.bo.it/content/sicurezza-del-personale: Organigramma della sicurezza Delibera n. 111 del 11.05.2017 deleghe aziendali in materia di sicurezza Fascicolo "sicuramente" e procedure di sicurezza Piani di emergenza incendio https://intranet.aosp.bo.it/content/violenza-verso-operatore , procedura e scheda di segnalazione https://intranet.aosp.bo.it/content/documentazione ; procedure di sicurezza – procedure aziendali (es. violenza- lavoratrici madri,ecc)		Garantire la salute e la sicurezza sul Lavoro tenendo conto delle strutture, delle attrezzature e delle attività lavorative aziendali
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato		Trattamento (controlli-misure)
Intranet aziendale presente documentazione relativa ai Rischi Lavorativi, : procedura Lavoratrice in gravidanza; Rischi Generici e/o Trasversali (in cui è presente il Manuale informativo per i lavoratori: Sicuramente); Rischio Biologico; procedura Violenza da Terzi	Manuale: esamina i rischi Generici e/o Trasversali e indicate le misure di sicurezza e protezione cui attenersi. La stima dei rischi per i lavoratori è riportata nei "Documento di Valutazione dei Rischi" elaborati secondo criteri basati sulla frequenza e sulla gravità dei possibili danni, e successivi aggiornamenti adottati con deliberazioni DG		Si: ad es. nel Manuale Sicuramente sono indicati i rischi con cui i lavoratori possono venire a contatto durante le varie attività svolte rendendoli quindi consapevoli delle misure di tutela che possono migliorare la propria sicurezza e salute inoltre ogni lavoratore partecipa obbligatoriamente ad un corso di formazione di 16 ore con prova finale per il rilascio di attestato
Attività di controllo (1° livello)		Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
Manuale: indicato il Responsabile della gestione di ogni rischio: ad es. "es. Rischi da radiazioni non ionizzanti: Secondo quanto previsto dalla normativa, le apparecchiature a RMN operano sotto la responsabilità di due figure preposte (il Medico Responsabile dell'attività dell'impianto e l'Esperto Responsabile della Sicurezza dell'impianto) che, fra i vari compiti a loro attribuiti, devono redigere un "Regolamento per la sicurezza" in cui riportare tutte le specifiche indicazioni di comportamento per i lavoratori, i pazienti, gli accompagnatori, e le procedure per la gestione di eventuali emergenze che si dovessero verificare. Il Regolamento deve essere reso disponibile a tutti i lavoratori interessati, i quali sono responsabili secondo il proprio ruolo della corretta applicazione di tutte le procedure indicate"		Forte interscambio con RM e Accreditemento/Qualità	Tra i compiti dell'UO Prevenzione e Protezione vi è quello di elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'art. 28, comma 2, e i sistemi di controllo di tali misure e anche quello di elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali (vedi documenti aziendali di riferimento).

SCHEDA 7

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Privacy e Data Protection Officer - DPO	UOS interaziendale in staff alle Direzioni Aziendali di riferimento	si

Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 GDPR pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale europea, D. Lgs.196/2003 s.m.i.	Conferimento incarico DPO con Deliberazione n. 246 del 24/08/2023; Documenti aziendali pubblicati nella intranet su sezione privacy al seguente link : https://intranet.aosp.bo.it/content/documentazione-di-riferimento	Garantire la direzione delle attività e le connesse responsabilità di governo e di controllo, con il potere di gestione e coordinamento del personale di afferenza applicato alle attività in materia di privacy e protezione del dato personale

Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
a) sorveglianza dell'osservanza della normativa in materia di protezione dati personali nonché delle policy aziendali; b) verifica attraverso l'attività di vigilanza che la normativa vigente e le policy aziendali siano correttamente applicate	Vengono utilizzati i seguenti strumenti: Partecipazione e promozione di Gruppi di Lavoro, pareri sulle Valutazioni d'impatto (DPIA), tenuta del registro delle violazioni (data breach).	Documenti di organizzazione aziendali (delibera data breach, delibera Policy privacy, informative varie)

Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
Le UU.OO/servizi aziendali fanno i trattamenti e applicano le misure descritte nel registro	E' necessaria una stretta collaborazione da parte del DPO con UO AGL e UO GSI per una effettiva gestione del rischio Privacy	Il DPO redige una Relazione annuale al DG contenente l'analisi sulle misure adottate per proteggere i dati e le azioni consigliate per la compliance al GDPR

SCHEDA 8

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
Sicurezza Informatica e Transizione digitale	Staff DG Information & Communications Technology (ICT)	si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
<p>- Le misure minime di sicurezza ICT emanate dall'AgID - Agenzia per l'Italia Digitale.</p> <p>- Recepimento direttiva europea (direttiva (UE) 2022/2555) con decreto legislativo del 4 settembre 2024, n. 138.</p>	<p>IOA44: REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'UTILIZZO DELLE RISORSE INFORMATICHE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SICUREZZA E RISERVATEZZA</p> <p>IOI83: ISTRUZIONE OPERATIVA INTERSERVIZI PER LA GESTIONE DELLA FIGURA DELL'AMMINISTRATORE DI SISTEMA</p> <p>IOA99: UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA E DI INTERNET</p> <p>Deliberazione n. 232 del 05/11/2018Nomina del Responsabile per la Transizione Digitale.</p>	Garantire la sicurezza dei Dati Aziendali ed il corretto utilizzo dei sistemi informatici aziendali
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Secondo quando sarà indicato per i 'Soggetti Essenziali/importanti» come previsto dalla normativa NIS2	Secondo le indicazioni e le metodologie indicate dagli organi competenti (CSIRT – Regionale e ACN (Agenzia Cybersicurezza Nazionale)	si
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
	E' necessaria una stretta collaborazione con DPO, anche al fine di una corretta gestione del rischio Privacy	In tema di cybersecurity, il governo è stato particolarmente attivo nell'ultimo anno

SCHEDA 9

Funzione 2° Livello	Organizzazione Aziendale	Governo del rischio (2° livello)
PAC - Percorso Attuativo per la Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie	Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza	si
Legge di riferimento	Documenti Aziendali di riferimento	Obiettivo della Funzione
DM 17/09/2012, DM 01/03/2013 e DGR 1562/2017	Procedure Aziendali e Interaziendali PAC	Garantire con ragionevole sicurezza la correttezza dei dati contabili mediante applicazione delle PA amm.tivo-contabili redatte e dei controlli ivi previsti, creare e diffondere la cultura del dato contabile, attuare il miglioramento continuo della qualità dei dati contabili
Mappatura dei processi	Valutazione del rischio e metodo utilizzato	Trattamento (controlli-misure)
Aree e cicli di bilancio previsti dal DM 01/03/2013 e dalla DGR 1562/2017	Analisi del rischio di tipo amministrativo-contabile condotta sulle UU.OO. coinvolte	Attività di controllo indicate all'interno delle Procedure PAC
Attività di controllo (1° livello)	Flussi informativi di 2^ livello (verso il basso, verso l'alto, trasversali)	Monitoraggio (ai fini dell'adeguatezza e del corretto ed efficace funzionamento)
UU.OO. interessate dal PAC e dall'analisi e valutazione del rischio amministrativo-contabile	Audit Report, sulla base del Piano delle Attività annuali concordato con la Direzione Aziendale e adottato con Deliberazione DG, che vengono trasmessi alle UU.OO. Auditare, alla Direzione Amministrativa ed al Collegio Sindacale	La verifica circa l'applicazione delle PA e dei controlli ivi previsti è effettuata dall'Audit Interno, sia pure con un campionamento ridotto, e sulla base del Piano di Attività annuale