

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000004
DATA: 02/01/2025 15:11
OGGETTO: Il Sistema di Controllo Interno dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Campagna Anselmo in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Damen Viola - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Cilione Giampiero - Direttore Amministrativo

Su proposta di Pamela Pedretti - Valutazione risorse umane che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [02-04]

DESTINATARI:

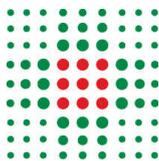
- Collegio sindacale
- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione Scientifica
- Affari Legali e Generali
- Risk Management e governo clinico
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- Controllo di Gestione
- Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME)
- ICT
- Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Qualita'

DOCUMENTI:



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.

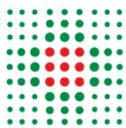


File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000004_2025_delibera_firmata.pdf	Campagna Anselmo; Cillione Giampiero; Damen Viola; Pedretti Pamela	7CA66BFA19513F6F262057DFD63AF9A2 D7752383A9D8DD6C2C9191F77BDAF2E4
DELI0000004_2025_Allegato1.pdf:		A866FBA308C330EE2CC94380F228A6508 202AD1A0A34B5E9C4EE3FC56DD624D7



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: Il Sistema di Controllo Interno dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

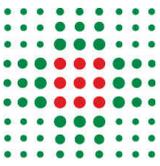
IL DIRETTORE GENERALE

Visti:

- il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59”;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150 e s.m.i “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”;
- l'art. 3 ter “Sistema di audit interno” della Legge Regionale 23 dicembre 2004 n. 29, così come introdotto dalla Legge Regionale 16 luglio 2018 n. 9 “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 ha disposto l'istituzione del Nucleo Audit Regionale;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 1972 dell'11 novembre 2019 “Istituzione del Nucleo di Audit Regionale ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29. Definizione sua composizione.” con la quale la Regione Emilia-Romagna ha costituito il Nucleo Audit Regionale e ne ha definito i compiti di impulso, raccordo e coordinamento rispetto al Sistema Complessivo di Audit ed alle funzioni di audit delle Aziende Sanitarie che si esplicano, tra l'altro, tramite l'elaborazione di Linee Guida regionali;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 945 del 27/05/2024 “Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale anno 2024”;

Premesso che, per dare attuazione alla previsione, di cui alla richiamata DGR n. 1972/2019, di raccordo e coordinamento del Sistema di Audit, sono state predisposte dal Nucleo Audit Regionale delle “Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle aziende del Servizio Sanitario Regionale”, formalizzate con Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 18471 del 10/09/2024, che definiscono i requisiti minimi dei Sistemi di Controllo Interno nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento a cui ogni Azienda sanitaria è tenuta progressivamente ad uniformarsi, seppur nella propria autonomia, secondo un modello organizzato su tre Linee di Difesa (o tre Livelli di Controllo);

Preso atto che:



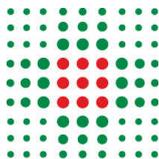
- il Sistema di Controllo Interno è l'insieme di regole, procedure, strumenti ed articolazioni organizzative, predisposto dalla Direzione aziendale, volto ad assicurare il conseguimento degli obiettivi aziendali, tramite un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei rischi aziendali, nel rispetto delle disposizioni normative specifiche;
- la formalizzazione del Sistema di Controllo Interno permette di porre le basi per la costruzione di un sistema integrato su tutti i livelli organizzativi, orientando le attività di verifica verso i soggetti appropriati in modo da rendere efficace ed efficiente l'intercettazione dei rischi e la loro gestione tempestiva;
- la citata Determinazione n. 18471/2024 stabilisce che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono tenute ad adottare apposito atto nel quale siano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno, uniformandosi progressivamente al modello regionale in essa definito;
- tale attività rientra, altresì, tra gli obiettivi dei Direttori Generali definiti all'interno delle Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024, come da DGR n. 945/2024;

Considerato che:

- alla luce delle disposizioni della Determinazione n. 18471/2024, si è proceduto all'elaborazione del documento "Il Sistema di Controllo Interno (SCI) dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli – prima edizione" che, in questa prima stesura, descrive le attività di controllo, attualmente svolte in Istituto, riportandole al modello regionale delle tre linee di difesa, ove applicabile e tenuto conto del contesto aziendale di riferimento;
- il documento fotografa in una visione unitaria le attività di controllo in essere dell'IRCCS IOR, svolte da diversi soggetti aziendali, che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi ed al perseguimento e mantenimento di un elevato livello qualitativo dell'attività dell'Istituto;

Valutato che, trattandosi di un sistema flessibile che si modifica adattandosi al contesto aziendale e normativo di riferimento, dovrà essere previsto da parte della funzione di Internal Audit un costante aggiornamento della rappresentazione del Sistema di Controllo Interno dell'IRCCS IOR in modo da garantire:

- il progressivo avvicinamento al modello regionale nel suo complesso, secondo le indicazioni del Nucleo Audit regionale;
- il recepimento delle revisioni e modifiche degli assetti dei controlli delle tre linee di difesa attuate in risposta alle evoluzioni normative e tecnologiche, ai processi di riorganizzazione aziendale ed al mutare dell'universo dei rischi che incidono sull'Istituto e sulle Aziende Sanitarie regionali;



Ritenuto pertanto, di procedere alla formalizzazione del documento “Il Sistema di Controllo Interno (SCI) dell’IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli – prima edizione”, che si allega quale parte integrante della presente deliberazione;

Delibera

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. di approvare il documento “Il Sistema di Controllo Interno (SCI) dell’IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli – prima edizione”, allegato quale parte integrate della presente deliberazione;
2. di dare mandato alla Responsabile dell’Internal Audit di provvedere all’aggiornamento del documento secondo le indicazioni che perverranno dal Nucleo Audit Regionale e sulla base delle revisioni degli assetti aziendali con rilevanza sui sistemi di controllo interno;
3. di dare atto che l’adozione del presente documento non comporta oneri a carico del bilancio dell’IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

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

Pamela Pedretti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO (SCI) dell'IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

Prima edizione

Indice

1. Il Sistema di Controllo Interno (SCI).....	3
1.1. Premessa	3
2 La Prima Linea di Difesa: i Process Owner.....	5
2.1 Definizione e funzioni	5
3 La Seconda Linea di Difesa: gli Assurance Provider	8
3.1 Definizione e funzioni	8
4 La Terza Linea di Difesa: l'Internal Audit	9
4.1 Definizione e funzioni	9
Allegato1	11
La Seconda Linea di Difesa Gli Assurance Provider dell'IRCCS IOR.....	11

1. Il Sistema di Controllo Interno (SCI)

1.1. Premessa

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del proprio ruolo di indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, con Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 18471 del 10 settembre 2024, ha emanato le *“Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nella Aziende del Servizio Sanitario Regionale”*, elaborate dal Nucleo Audit Regionale, con l'obiettivo di allineare in una visione unitaria, e tramite un comune modello, le attività di controllo che sono necessarie all'espletamento dei processi aziendali al fine di garantire in modo efficace ed efficiente il raggiungimento degli obiettivi riconosciuti in capo alle Aziende Sanitarie. Le Linee Guida regionali sono volte ad armonizzare i Sistemi di Controllo Interno degli Enti del Sistema Sanitario Regionale definendone i requisiti minimi, le caratteristiche organizzative e di funzionamento, pur garantendo l'autonomia e specificità delle singole Aziende.

Il Sistema di Controllo Interno aziendale (SCI), strutturato secondo il modello regionale delle tre linee di difesa, è un insieme di regole, meccanismi, procedure e strumenti di controllo predisposti dalla Direzione, in applicazione delle normative nazionali e regionali vigenti, volti ad assicurare il conseguimento degli obiettivi aziendali, tramite un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei rischi aziendali.

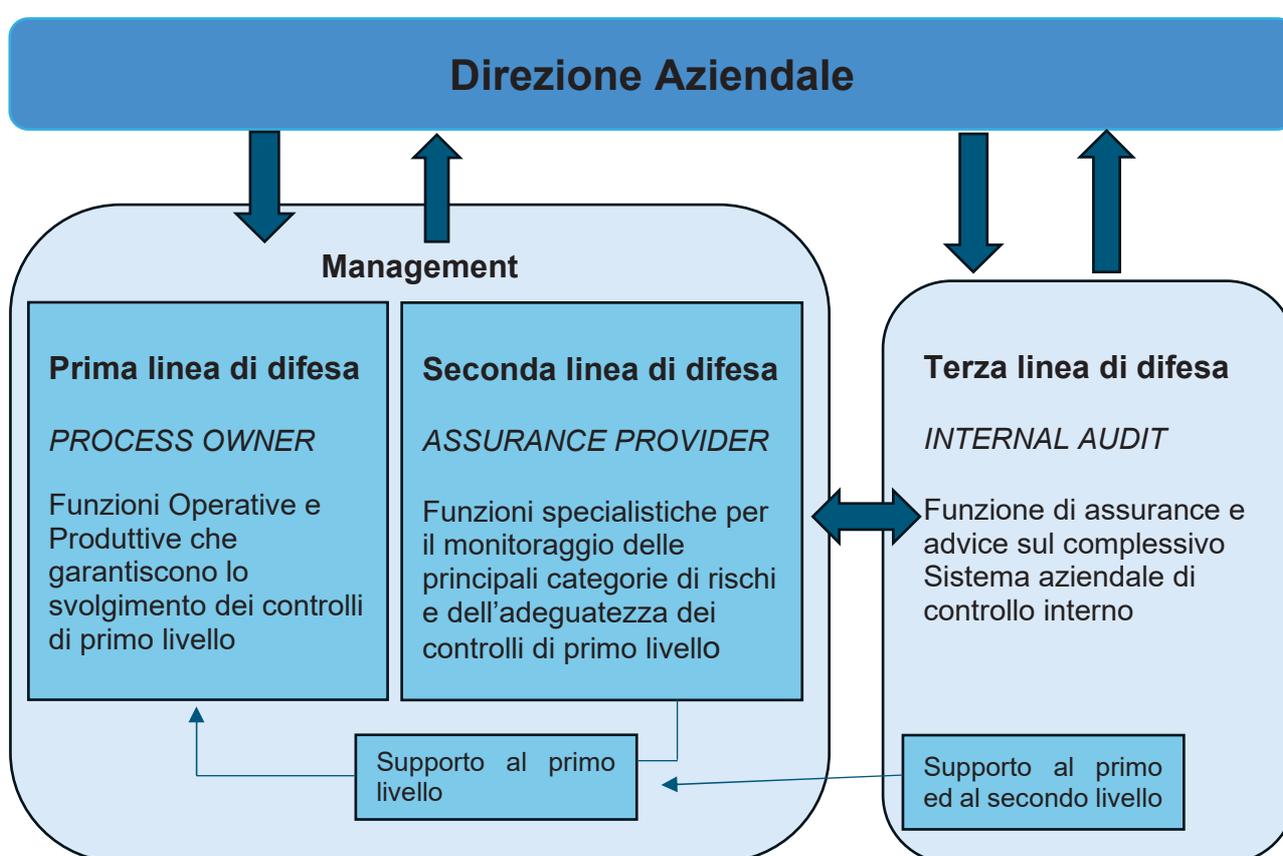
Tale modello consente una chiara definizione dei ruoli e dei compiti essenziali degli attori coinvolti nel sistema, in relazione ai principali fattori rischio presenti ed alla loro corretta gestione. Pertanto contribuisce ad assicurare:

- l'efficienza, l'efficacia e la sicurezza dei processi aziendali;
- il rispetto di leggi e regolamenti nonché delle procedure interne;
- l'affidabilità delle informazioni fornite alla Direzione Strategica e agli altri soggetti interni ed esterni all'Azienda;
- la salvaguardia del patrimonio aziendale.

Il Sistema di Controllo Interno dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli (SCI-IOR), descritto nel presente documento, fotografa in una visione unitaria tutte le attività di controllo svolte a vario titolo dai diversi soggetti aziendali che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi aziendali, coadiuvando il perseguimento e mantenimento di un elevato livello qualitativo dell'attività dell'Istituto.

Tale sistema viene rappresentato secondo il modello regionale basato su tre linee di difesa, che corrispondono a tre livelli di controllo, 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.

Le tre linee di difesa sono interconnesse tra di loro, ma non gerarchicamente ordinate. Si tratta di livelli funzionali che intervengono in momenti logici e temporali diversi, ognuno con i propri strumenti, le proprie finalità e la propria normativa di riferimento, pur nella unitarietà del Sistema di Controllo Interno cui afferiscono.



L'adozione e la formalizzazione del Sistema di Controllo Interno permette di confermare l'importante ruolo del controllo quale azione da svolgere in modo sistematico e frequente lungo tutto l'iter dei processi ed è pertanto nella responsabilità della Direzione Aziendale. 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 e adeguata, ai fini della riduzione del danno potenziale. Il Sistema di Controllo Interno nel suo complesso è a garanzia della qualità, accuratezza, accessibilità ed efficienza delle informazioni e offre l'opportunità, da una parte, di intervenire

tempestivamente sui comportamenti meno idonei e, dall'altra, di consolidare e rafforzare le giuste prassi condivise.

2 La Prima Linea di Difesa: i Process Owner

2.1 Definizione e funzioni

La Prima Linea di Difesa (o primo livello di controllo) attiene ai controlli insiti nei processi operativi aziendali (autocontrolli), al fine di assicurare la corretta gestione dei rischi specifici connaturati nelle fasi e attività operative. Essi sono predisposti dal management di riferimento e sono attuati sia dagli operatori che dal management stesso (*Process Owner*), nel rispetto degli obiettivi e delle responsabilità del medesimo.

I *Controlli di Primo Livello o di linea* consistono in controlli di carattere procedurale, informativo, comportamentale, amministrativo-contabile e sono diretti ad assicurare nell'ambito dei processi aziendali il corretto svolgimento delle attività da un punto di vista operativo, di business e di rischio. Tali controlli supportano anche la corretta assunzione delle decisioni attraverso la verifica del rispetto di leggi, regolamenti e procedure interne, l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità e attendibilità delle informazioni e dei dati.

La prima linea di difesa è quindi costituita da verifiche continue e sistematiche svolte sia da chi mette in atto l'attività (*controlli di prima istanza*), sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione diretta, Responsabili e Direttori nell'ambito della stessa unità organizzativa, funzione o processo (*controlli di seconda istanza*). E' compito del management porre in essere tutte le azioni necessarie per una corretta gestione ed una costante rivalutazione dei controlli. In tale contesto devono, quindi, essere garantiti, in termini di **possibilità, utilità e sostenibilità economica**, i principi di indipendenza, segregazione, contrapposizione di funzioni e definizioni delle responsabilità.

Le caratteristiche principali dei controlli di primo livello sono riepilogate nelle seguenti tabelle.

I controlli di primo livello

esplicitati

le procedure aziendali devono contenere esplicita indicazione dei controlli di primo livello, dell'owner e dell'evidenza prodotta per ciascuna fase rappresentata

documentabili

ciascun controllo deve produrre un'evidenza verificabile a posteriori che ne documenti l'espletamento

tracciabili

i controlli di primo livello devono essere tracciabili e verificabili in un momento successivo per constatarne il corretto funzionamento

standardizzati

in un'ottica di affidabilità del processo di controllo, i controlli di primo livello devono essere ripetibili e standardizzati in modo da garantire efficacia continuativa

integrati

i controlli, ove possibile, devono essere tra loro integrati al fine di garantire il rafforzamento degli altri processi di controllo aventi lo stesso obiettivo

pertinenti

i controlli dovranno essere capaci di intercettare completamente o parzialmente eventi negativi, fornendo mezzi specifici per identificarli e diagnosticarli, riducendo le eccezioni a livelli accettabili attraverso azioni correttive specifiche senza interferire con le operazioni regolari

correttamente dimensionati

i controlli dovranno essere proporzionati al rischio che sono chiamati ad affrontare

garanti dell'accountability

le procedure aziendali devono garantire la possibilità di individuare sempre il responsabile di attività e decisioni

adattabili

i controlli devono poter essere adattati a specifici atti o momenti dell'espletamento di una procedura

tempestivi

i controlli devono permettere l'individuazione di rischi e criticità in modo da poter intervenire con tempi e modalità adeguati

Il controllo di primo livello inoltre può essere alternativamente:

Obbligatorio o facoltativo

- l'implementazione di un controllo di primo livello può derivare da un obbligo normativo o da una scelta aziendale. La mancata implementazione di un controllo obbligatorio costituisce di per sé elemento censurabile e rischio non giustificato.

Discrezionale o non discrezionale

- l'attuazione di un controllo interno può essere frutto di una scelta dell'operatore che ne ha valutato un'opportunità o necessità per il corretto espletamento della procedura.

Preventivo, concomitante o consuntivo

- un controllo di primo livello può essere esercitato alternativamente o contemporaneamente in fase preventiva, concomitante o successiva. La scelta di una delle modalità può derivare dalla natura del rischio e del controllo o dalla sua maggiore capacità di ridurre un rischio.

Automatico o manuale

- il controllo può espletarsi automaticamente perché previsto in procedure automatizzate, meccaniche o informatiche o può essere esercitato da un operatore.

Individuale o gerarchico

- il controllo di primo livello può essere esercitato da un operatore direttamente responsabile della fase procedurale o dal livello gerarchico superiore. Le procedure devono correttamente rappresentare le responsabilità dei controlli gerarchici e le loro evidenze

Di compliance o di processo

- il controllo di primo livello può esercitarsi sulla verifica del corretto svolgimento della procedura o sulla sua efficienza, efficacia ed economicità

Aziendale, interaziendale, di Area Vasta

- il controllo può essere esercitato internamente all'Ente o da funzioni interaziendali o di Area Vasta

A campione o universale

- il controllo può essere esercitato su un campione significativo di atti o eventi o sul loro universo

Bloccante o correttivo

- il controllo di primo livello può avere come effetto il blocco della fase procedurale o dell'atto da essa prodotto o può generarne la correzione

Formale o Sostanziale

- il controllo di primo livello può esercitarsi sugli aspetti formali degli atti e delle procedure o può verificarne gli aspetti sostanziali. Il controllo formale deve essere progettato affinché non debba costituire inutile rallentamento del processo nel caso di errori riscontrati non significativi

All'interno dell'IRCCS IOR i controlli di primo livello sono rappresentati nei documenti previsti dal Sistema della Qualità Aziendale e nei Regolamenti aziendali, ove applicabili.

3 La Seconda Linea di Difesa: gli Assurance Provider

3.1 Definizione e funzioni

La Seconda Linea di Difesa (o secondo livello di controllo), concorre alla definizione delle politiche aziendali di governo dei principali rischi, attuandone il relativo processo di gestione. Afferiscono al secondo livello di controllo i cd. **Assurance Provider**, cioè quelle funzioni aziendali che, sulla base di una specifica normativa di settore, garantiscono il monitoraggio continuo dei principali rischi aziendali attraverso un processo che ne consente un'adeguata misurazione e valutazione (definendone metodologie e strumenti) ed il relativo trattamento (attraverso misure e controlli specifici), anche ai fini della definizione della soglia di rischio residuo accettabile.

Pertanto, 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;

Le strutture incaricate di esercitare il controllo di secondo livello sono formalmente identificate dall'Istituto secondo quanto definito dalle specifiche normative e presidiano i seguenti macro-ambiti:

- **Antiriciclaggio;**
- **Controllo Strategico e Controllo di Gestione;**
- **Cyber Security e Transizione Digitale;**
- **Percorso Attuativo della Certificabilità di Bilancio (PAC).**
- **Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;**
- **Prevenzione e Protezione dei luoghi di lavoro;**
- **Privacy e Data Protection Officer (DPO)**
- **Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico;**
- **Sistema di Gestione per la Qualità.**

Le funzioni che esercitano i controlli di secondo livello contribuiscono al governo e presidio di un rischio specifico, previa analisi del contesto ed identificazione dei processi e delle articolazioni organizzative coinvolte. Secondo il dettato normativo di riferimento, l'Assurance Provider definisce metodologie di misurazione e/o valutazione del rischio, individua i controlli o le misure da adottare per assicurarne un efficace ed efficiente trattamento, ne monitora l'attuazione, riesaminandone gli esiti anche di fini del miglioramento continuo.

Garantisce inoltre un costante flusso informativo verso la Direzione e gli stakeholder interni ed esterni dell'ambito di sua competenza.

L'Istituto può prevedere l'affidamento di controlli di secondo livello a strutture diverse da quelle teoricamente a ciò preposte tramite un provvedimento motivato del Direttore Generale.

In allegato al presente documento sono identificati gli elementi minimi caratterizzanti delle funzioni che compongono la seconda linea di difesa, gli Assurance Provider dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

4 La Terza Linea di Difesa: l'Internal Audit

4.1 Definizione e funzioni

Secondo la prassi internazionale, l'Internal Auditing è un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo.

La legge regionale del 16 Luglio 2018, n.9 della Regione Emilia-Romagna ha previsto l'istituzione in ciascuna Azienda sanitaria della *funzione di Audit Interno* ed ha istituito “*il Nucleo Audit Regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di audit aziendale*”.

L'Internal Audit, così identificato, costituisce la **Terza Linea di Difesa** (o terzo livello di controllo) nell'ambito del Sistema di Controllo Interno. Nello svolgimento della sua attività, l'Internal Audit rispetta ed implementa, ove applicabili alla realtà del Servizio Sanitario, gli standard internazionali di pratica professionale¹. Prioritariamente la funzione di Internal Audit dell'IRCCS IOR svolge le attività² di:

¹ Global Internal Audit Standards (IIA)

² Istituzione e definizione degli ambiti di attività della funzione di IA Deliberazione n.11 del 19/01/2023; posizionamento all'interno dell'organizzazione in staff alla Direzione Generale – Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) nona edizione Deliberazione n. 285 del 9/11/2022

Assurance

- esame obiettivo delle evidenze allo scopo di ottenere una valutazione indipendente dei processi di governance, di gestione del rischio, in ambito non clinico-assistenziale, e di controllo dell'organizzazione. Con questa attività l'audit tende a fornire una ragionevole sicurezza (Reasonable Assurance) dell'attendibilità delle informazioni e del funzionamento del Sistema di Controllo Interno

Advisory

- attività di *consulenza* effettuate come conseguenza degli audit svolti o dietro specifica richiesta della Direzione. Con questa attività si esprime il rapporto collaborativo dell'auditor ed il suo contributo al miglioramento della gestione aziendale e del funzionamento del Sistema di Controllo Interno

L'Internal Audit nello svolgimento delle proprie attività privilegia metodologie di lavoro individuate e condivise con il livello regionale³ e promuove il confronto, il coordinamento, la collaborazione con gli assurance provider (la seconda linea di difesa) nelle attività di definizione, analisi e valutazione dei rischi, anche allo scopo di favorire l'integrazione tra diversi strumenti e metodologie, con un orientamento, ove possibile, verso la cd. *combined assurance*⁴.

Al Nucleo Audit Regionale, così come previsto dalla DGR 1972/2019 ed aggiornamenti successivi, sono attribuiti compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle Funzioni di Audit delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna; tali compiti si esplicano, tra l'altro, tramite l'elaborazione di Linee Guida, la promozione di iniziative per lo sviluppo di un comune approccio alla funzione ed una comune metodologia di lavoro, tenuto conto dei principi su cui fondano gli standard di connotazione e di prestazione riconosciuti a livello internazionale per l'attività di Internal Auditing.

³ Tra gli altri, il **Control Risk Self Assessment (CRSA)** : strumento di gestione del rischio che si fonda sul presupposto che la valutazione dei controlli non debba essere affidata a un solo soggetto all'interno dell'azienda, bensì debba basarsi su un'autovalutazione effettuata dai professionisti coinvolti, i process owner, supportati dall'Internal Auditor con il ruolo di «facilitatore» al fine di fornire al processo una sua sistematicità.

⁴ La **Combined Assurance** è un processo volto ad armonizzare le attività di assurance attraverso la creazione di sinergie e collaborazioni tra le funzioni di controllo di secondo e terzo livello.

Allegato1

La Seconda Linea di Difesa Gli Assurance Provider dell'IRCCS IOR

ANTIRICICLAGGIO

Prevenzione e contrasto del riciclaggio

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Responsabile Antiriciclaggio – Gestore Aziendale Direttore Servizio Unico Metropolitan
Economato

RISCHI PRESIDIATI:

Finanziari

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

Direttive CEE, D.Lgs 231/2007 “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”, Provvedimento UIF del 23/04/2018 “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”, D.Lgs. 90/2017 “Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE e attuazione del regolamento (UE) n. 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento (CE) n. 1781/2006”, D.Lgs. 125/2019 “Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 25 maggio 2017, n. 90 e n. 92, recanti attuazione della direttiva (UE) 2015/849, nonché attuazione della direttiva (UE) 2018/843 che modifica la direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo e che modifica le direttive 2009/138/CE e 2013/36/UE.”

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Definizione di procedure operative adeguate a garantire un tempestivo assolvimento degli obblighi di comunicazione, provvedendo ad attrezzare sistemi informativi idonei all'espletamento delle verifiche e raccogliendo le segnalazioni di primo livello dei referenti antiriciclaggio presenti nelle diverse articolazioni organizzative.

I procedimenti cui si applicano le disposizioni in materia di antiriciclaggio sono individuati dalla normativa: Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti autorizzazione o concessione; Procedimenti di concessione ed erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati; Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: Flussi informativi tempestivi verso l'Unità di Informazione finanziaria (UIF)
Interlocutori interni: Direzione Strategica, Direzione Amministrativa, referenti antiriciclaggio

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

CONTROLLO STRATEGICO E CONTROLLO DI GESTIONE

Supportare la Direzione Strategica e curare la predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale.

Garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati, anche in ambito di ricerca, e regionale.

Assicurare la corretta esecuzione del processo di budget (supporto alla definizione degli obiettivi, alla negoziazione, alla verifica e valutazione dei risultati attraverso le schede budget) per garantire la coerenza degli obiettivi delle singole strutture organizzative che compongono l'Azienda con le strategie e gli obiettivi aziendali.

Gestire il sistema di contabilità analitica e garantire l'aggiornamento continuo dei piani relativi ai centri di costo e ai fattori produttivi.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

SC Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione, Controllo di Gestione in staff alla Direzione Generale

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Finanziari, Compliance, Operativi, Esterni

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

D.Lgs. 118/2011 "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*", D.M.24/5/2019 "*Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale*", L.R. 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*", DGR 1562/2017 "*Percorso attuativo della certificabilità di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 150 del 23 febbraio 2015 - Approvazione delle linee guida regionali per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale*", DGR 819/2021 "*Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e degli enti del SSN*", DGR 990/2023 "*Linee Guida per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR*", Obiettivi di mandato del Direttore Generale, Linee di Programmazione e Finanziamento Regionali annuali, Accordo con la Regione Emilia-Romagna sulle funzioni HUB dell'IRCCS IOR, DGR relative alla programmazione economica, accordi di fornitura con le AUSL regionali, Protocollo d'Intesa con la Regione Siciliana.

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Identificazione dei processi rilevanti sulla base delle indicazioni normative, delle dimensioni di performance individuate nel PIAO, delle Linee di Programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale annuali; del Piano Triennale della Ricerca, degli Obiettivi di Mandato del Direttore Generale.

Monitoraggi e verifiche periodiche sulla Performance Aziendale, sull'andamento del processo di budget e sui dati economici (Bilancio Economico Preventivo, CE I, II, III, IV trimestre).

Predisposizione della documentazione di competenza ai fini dell'adozione del Bilancio d'Esercizio e del Bilancio Economico Preventivo. Flussi informativi di competenza verso la Regione Emilia-Romagna e il Ministero della Salute.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Produzione periodica di report e di indicatori relativi ai dati di attività e di consumo delle risorse, a livello di dipartimenti e di CdR. Reporting mensile sui dati relativi al personale. Analisi periodica degli scostamenti e delle criticità riscontrate. Rendicontazione a consuntivo dell'attività svolta e dei costi sostenuti, predisposizione ed invio dei flussi informativi di competenza.

Interlocutori esterni: Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Sicilia, Altre aziende della Regione Emilia-Romagna, OIV-SSR, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna (CTSSMBO).

Interlocutori interni: Direzione Strategica, Gestori aziendali, Articolazioni organizzative, OAS, Comitato Unico di Garanzia, Servizi Unificati (SUME, SUMCF, SUMAGP e SUMAEP), Consiglio di Indirizzo e Verifica, Collegio Sindacale.

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Flussi informativi periodici da Prevenzione della Corruzione Trasparenza, Risk management, Responsabile PAC, Cyber Security e Transizione Digitale, Prevenzione e Protezione dei Lavoratori, Privacy, collaborazioni con Internal Audit per le attività di audit interno.

CYBER SECURITY E TRANSIZIONE DIGITALE

Garantire la sicurezza dei Dati Aziendali ed il corretto utilizzo dei sistemi informatici aziendali.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Il Direttore della SC ICT, afferente al Dipartimento Tecnico, è Responsabile della Transizione Digitale (RTD) e Responsabile della Continuità Operativa

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Operativi (Business continuity), Esterni (sicurezza informatica e cyber risk)

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

Disposizioni AgID - Agenzia per l'Italia Digitale, D.Lgs. n.82/2005 “*Codice dell’Amministrazione Digitale CAD*”, Circolare 18 aprile 2017, n. 2 “*Sostituzione della circolare n. 1/2017 del 17 marzo 2017, recante: «Misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni. (Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 1° agosto 2015)»*”

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Analisi dei rischi con preventiva valutazione di impatto in caso di implementazione di nuovi software. Monitoraggio periodico dei rischi informatici. Individuazione di controlli e/o misure nei regolamenti specifici. Adesione a Computer Security Incident Response Team (CSIRT) della Regione Emilia-Romagna.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: Regione Emilia-Romagna

Interlocutori interni: Direzione Strategica, articolazioni organizzative aziendali

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Privacy/DPO, Controllo di Gestione

PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO (PAC)

Garantire con ragionevole sicurezza la correttezza dei dati contabili mediante la corretta applicazione delle Procedure amministrativo-contabili e dei controlli ivi previsti, creare e diffondere la cultura del dato contabile, attuare il miglioramento continuo della qualità dei dati contabili.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Responsabile Aziendale PAC – Direttore del Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza SUMCF

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Compliance, Operativi

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

DM 17/09/2012 “*Certificabilità dei bilanci degli enti del SSN*”, DM 01/03/2013 “*Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità*”, DGR 1562/2017 “*Percorso attuativo della certificabilità di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 150 del 23 febbraio 2015 - Approvazione delle linee guida regionali per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale*” e successive DGR della Regione Emilia-Romagna

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Mappatura dei processi e dei controlli all'interno delle Procedure PAC secondo le indicazioni normative e delle Linee Guida regionali.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: Regione Emilia-Romagna

Interlocutori interni: Direzione Strategica, Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative coinvolte nelle procedure PAC

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Sistema di Gestione per la Qualità, Controllo di Gestione

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Prevenire fenomeni di corruzione e diffondere la cultura della legalità e della trasparenza.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) in staff alla Direzione Generale -Ufficio di Supporto all'RPCT afferente alla SC Affari Legali e Generali

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Compliance, Operativi, Esterni

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

Legge 190/2012 e s.m.i. *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*; D.Lgs.33/2013 e s.m.i. *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*; Piani Nazionali Anticorruzione annuali; D.Lgs.39/2013 e s.m.i. *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*; Linee di Programmazione annuali della Regione Emilia-Romagna; Linee Guida ed indicazioni operative dell'OIV-SSR; D. Lgs. 200/2022 *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*; D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*, come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81; D. Lgs. 24/2023: *Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.*

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Piano annuale attuativo del PIAO- sezione anticorruzione e trasparenza nel quale vengono individuati, secondo le indicazioni ANAC, i processi aziendali e le misure di trattamento previste per la mitigazione dei rischi ad essi correlati.
Monitoraggi periodici in relazione all'effettiva applicazione delle misure indicate nel Piano, monitoraggio annuale delle autodichiarazioni dei dipendenti rispetto al conflitto di interesse ai fini del rispetto dell'obbligo regionale.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: ANAC, OIV-SSR

Interlocutori interni: Direzione Strategica, Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Responsabile delle Pubblicazioni.

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Controllo di Gestione, collaborazioni con Internal Audit per le attività di audit interno.

PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LUOGHI DI LAVORO

Garantire la salute e la sicurezza sul Lavoro tenendo conto delle strutture, delle attrezzature, delle attività lavorative e della organizzazione aziendali.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

RSPP in staff alla Direzione Generale - Servizio Prevenzione e Protezione afferente al Dipartimento Tecnico.

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Compliance, Operativi

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Aggiornamento della valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro attraverso sopralluoghi, raccolta documentale e a seguito di segnalazioni. Dalla Valutazione dei rischi può scaturire l'individuazione di azioni correttive e di miglioramento, che possono coinvolgere diverse figure/servizi aziendali, secondo una priorità di intervento. Flussi comunicativi con le figure aziendali coinvolte e monitoraggi delle azioni pianificate. Partecipazione a gare di appalto sia in fase di stesura di capitolato che in fase di aggiudicazione a garanzia della salute e sicurezza sul lavoro. Attività formativa prevista ai sensi dell'art. 37 e dell'art. 46 del D.Lgs. 81/2008.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: INAIL, Vigili del Fuoco per le attività di formazione specifica, Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Bologna

Interlocutori interni: Direzione Strategica, Direzione sanitaria, Direzione Assistenziale, Medicina del Lavoro, SPAT, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), articolazioni organizzative e lavoratori

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Risk Management, Controllo di Gestione

PRIVACY E DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

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.

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

DPO funzione interaziendale - Responsabile Aziendale Privacy, Direttore SC Affari Legali e Generali

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Compliance, Operativi

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 “*Regolamento generale sulla protezione dei dati*” (GDPR) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Europea n. 127 del 23 maggio 2018, D. Lgs.196/2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018, recante “*Disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*”.

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Sorveglianza dell’osservanza della normativa in materia di protezione dati personali nonché delle policy aziendali e verifica attraverso l’attività di audit che la normativa vigente e le policy aziendali siano correttamente applicate.

DPO – ha responsabilità di sensibilizzazione e consulenza (informare e consigliare), controllo (vigilare su osservanza, responsabilità, formazione e audit), supporto strategico (contribuire a DPIA e risk assessment) e rappresentanza verso il Garante per la Privacy. Si interfaccia con il Responsabile Aziendale Privacy per gli aspetti previsti dalla normativa di settore.

Funzione Aziendale Privacy – coordina le attività in ambito privacy all’interno dell’Ente al fine di assicurare il pieno rispetto delle disposizioni in materia di trattamento dei dati personali, nonché di garantire la tutela dei diritti degli interessati. Si interfaccia con il DPO per gli aspetti previsti dalla normativa di settore.

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: DPO: Garante per la Privacy – *Funzione Privacy Aziendale:* DPO
Interlocutori interni: Direzione Strategica, Direttore Generale in quanto Titolare del trattamento, Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, referenti Privacy

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Prevenzione della corruzione (RPCT), Cyber Risk e DT (ICT), sicurezza delle cure (Risk management).

SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Garanzia di gestione del rischio sanitario con la messa in atto delle misure e obiettivi indicati dall'Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Direttore SC Risk Management e Governo Clinico in staff alla Direzione Sanitaria

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Clinico-Sanitari

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

DECRETO 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanita' (SIMES)"; Legge n.24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie", Legge n.219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 19/2/2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, DGR n.1706/2009 "Individuazione di aree di miglioramento della qualita' delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio", DGR n.1036/2018 "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", Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione eventi sentinella, DGR relative alle Linee Programmazione e Finanziamento delle Aziende e degli Enti della Regione Emilia-Romagna, Linee di Indirizzo specifiche da parte della Regione Emilia-Romagna, Obiettivi del Direttore Generale.

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Perseguimento degli obiettivi generali in ambito di sicurezza delle cure previsti dalle Linee di Programmazione regionale e, segnatamente, di quelli specifici ulteriormente definiti dal Piano programma annuale gestione del rischio e sicurezza delle cure. Coinvolgimento della Rete aziendale dei Facilitatori sicurezza delle cure e di specifici interlocutori (Direttori di UO, referenti clinici di PDTA, referenti organizzativi ecc).

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: Regione Emilia-Romagna, Ministero della Salute, Agenas

Interlocutori interni: Direzione sanitaria, Flussi informativi periodici verso Direzione Strategica, ICT, Dipartimento Tecnico e Patrimoniale, Collegio di Direzione, Consiglio di Indirizzo e Verifica, Direttori delle articolazioni organizzative coinvolte nei processi di risk-management.

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Controllo di Gestione

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Governo complessivo del Sistema di gestione per la Qualità composto da diversi modelli di riferimento (Certificazione del sistema di gestione per la qualità, Accredimento Istituzionale delle Strutture Sanitarie, Accredimento delle strutture di ricerca industriale e di trasferimento tecnologico, Accredimento Istituzionale della Funzione di Governo della Formazione e del Provider ECM, Accredimento delle Biobanche della ricerca).

FUNZIONE/STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

Funzione in staff alla Direzione Sanitaria

RISCHI PRESIDIATI:

Strategici, Compliance, Operativi

NORMATIVA PRINCIPALE DI RIFERIMENTO:

DGR n.327/2004 “Applicazione della L.R.N.34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale” e successive modifiche ed integrazioni, Legge Regionale 22/2019 “Nuove norme in materia di autorizzazione e accreditamento”

DGR n.886/2022 “Approvazione di nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. N. 22/2019”, DGR n.1314/2024 “Attuazione del D.M. del Ministro della salute 19 dicembre 2022. Approvazione requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private”, DGR n.1498/2024 “Modifica disciplinare per l'accredimento delle strutture di ricerca industriale e trasferimento tecnologico appartenenti alla rete alta tecnologia dell'Emilia-Romagna”, Norma UNI EN ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la Qualità – Requisiti”, UNI EN ISO 20387:2020 “Biotecnologie – Biobanking – Requisiti generali per il Biobanking”.

MODALITÀ OPERATIVE DI LAVORO:

Coordinamento delle attività inerenti l'implementazione e il mantenimento dei requisiti dei diversi modelli di riferimento

MODALITÀ ED EVENTUALI OBBLIGHI DI RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA:

Interlocutori esterni: Regione Emilia-Romagna

Interlocutori interni: Flussi informativi periodici verso Direzione Strategica. Restituzione alle articolazioni organizzative interne coinvolte nelle attività.

RELAZIONE CON ALTRI LIVELLI DI CONTROLLO:

Controllo di Gestione
