



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ASL\_BO

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000185

DATA: 30/04/2024 14:35

OGGETTO: Approvazione del Codice etico dell'Azienda Usl di Bologna

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Bordon Paolo in qualità di Direttore Generale  
Con il parere favorevole di Longanesi Andrea - Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Ferro Giovanni - Direttore Amministrativo

Su proposta di Danila Valenti - Dipartimento dell'Integrazione che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

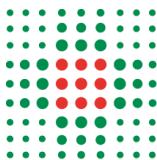
- [01-01-02]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Dipartimento Cure Primarie
- UO Governo dei Percorsi Specialistici (SC)
- UO Processi Amministrativi dell'Accesso (SC)
- UO Stewardship Antimicrobica (SC)
- Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo - DIGIRI (IRCCS AOU)
- Dipartimento Chirurgie Generali
- Dipartimento Materno Infantile
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- UO Governo dei Percorsi di Screening (SC)
- Distretto Pianura Ovest
- Distretto Pianura Est
- Distretto dell'Appennino Bolognese
- Dipartimento Chirurgie Specialistiche
- UO Affari Generali e Legali (SC)
- Distretto Savena Idice
- UO Amministrativa DATeR (SSD)
- Dipartimento della Rete Ospedaliera



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.  
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



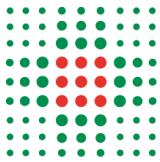
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento della Riabilitazione
- Dipartimento della Diagnostica e dei Servizi di Supporto
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Comitato Tecnico e Scientifico
- UO Amministrativa DSP (SC)
- Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
- Dipartimento della Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale
- Dipartimento Emergenza Interaziendale - DEI
- Dipartimento interaziendale ad attivita' integrata di Anatomia Patologica - DIAP
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- UO Processi Amministrativi Cure Primarie (SC)
- UO Direzione Attivita' Socio-Sanitarie - DASS (SC)
- UO Programmazione e Controllo (SC)
- UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)
- Distretto Citta' di Bologna
- Dipartimento Sanita' Pubblica
- UO Medicina Preventiva (SS)
- UO Direzione Medica Ospedali Spoke (SC)
- Dipartimento Attivita' Amministrative Territoriali e Ospedalieri - DAATO
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- UO Libera Professione (SC)
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR
- UASS Reno, Lavino e Samoggia (PO)
- UO Cure Primarie Appennino, Reno - Lavino - Samoggia (SC)
- UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)
- UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualita' (SC)
- UO Comittenza e Governo dei Rapporti con il Privato Accreditato (SC)
- UO Ingegneria Clinica (SC)
- UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff (SC)
- Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - DFI
- UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
- UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)
- Funzione Amministrativa Dipartimento Farmaceutico
- Direttore Assistenziale
- Funzione Attivita' Amministrative Distrettuali Reno, Lavino e Samoggia (PO)
- UO Anticorruzione e Trasparenza (SC)
- Dipartimento dell'Integrazione
- UO Direzione Amministrativa IRCCS (SC)
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Operativa

#### DOCUMENTI:



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

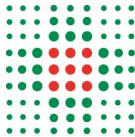
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti 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
DELI0000185_2024_delibera_firmata.pdf	Bordon Paolo; Ferro Giovanni; Longanesi Andrea; Valenti Danila	47EBFE6C0C425D48C7C55EB8D0DD2A0C0CF3CE3BEF2893908C412CEAA104D829
DELI0000185_2024_Allegato1.pdf:		43CA8D44FEE1A52CC595AAB7E86AA5D511D39C72A29165F1B10F86C7E87E16AB



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**

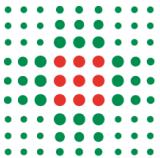
OGGETTO: Approvazione del Codice etico dell'Azienda Usl di Bologna

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Su proposta di Danila Valenti, in qualità di Direttore del Dipartimento dell'Integrazione, la quale esprime contestuale parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente provvedimento;

Viste, in particolare, le disposizioni contenute:

- nella Legge 6 novembre 2012, n. 190 (c.d. Legge Anticorruzione) “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica Amministrazione” e, in particolare, nell’art. 1, comma 44, che, al fine di rafforzare l’efficacia e l’effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, ha integralmente riscritto l’art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, prevedendo la definizione, da parte del Governo, di un Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni allo scopo di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico;
- nel D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell’art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” (di seguito Codice nazionale);
- nel D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- nella legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”;
- nella Legge regionale 1 giugno 2017, n. 9 “Fusione dell’azienda unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell’azienda ospedaliera ‘Arcispedale Santa Maria Nuova’, il cui art. 5, rubricato “Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza”, al comma 1 aveva stabilito che



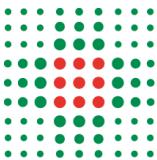
le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale persegono gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza, mediante: “(...) lettera d), l’emanazione, ai sensi dell’art. 54 del decreto legislativo n. 165 del 2001, del Codice di comportamento dei dipendenti, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico”.

Viste, altresì, le seguenti delibere dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC):

- n. 75/2013, mediante la quale, ai sensi del richiamato art. 54, comma 5, del D.Lgs n. 165/2001, erano state definite le Linee guida in materia di Codici di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni;
- n. 358/2017, con la quale erano state approvate le “Linee guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- n. 177/2020 attraverso la quale erano state definite nuove “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”, al fine di promuovere un sostanziale rilancio dei codici di comportamento presso le amministrazioni sia per il loro valore di orientamento delle condotte di chi vi lavora, per il miglior perseguitamento dell’interesse pubblico, sia quale strumento di prevenzione dei rischi corruttivi;
- n. 1064/2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- n. 7/2023 “Piano nazionale Anticorruzione 2022”;
- n. 605/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione – Aggiornamento 2023”;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 27 del 28.1.2019, di approvazione del Codice di condotta in materia di prevenzione e contrasto delle discriminazioni, molestie e mobbing;



- n. 65, del 22.2.2022, di approvazione della Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025;
- n. 279 del 28.7.2023, di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025;
- n. 92 del 21.2.2024, di aggiornamento della Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025;
- n. 40 del 25.1.2024, di approvazione del Codice di comportamento per il personale operante nell'Azienda USL di Bologna, secondo Schema tipo del Codice di comportamento delle Aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale, che la Giunta Regionale ha approvato con delibera n. 1956 del 13 novembre 2023, previo parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione ed a seguito di apposita consultazione pubblica con invito agli stakeholder a far pervenire osservazioni entro il previsto termine di pubblicazione dal 27 novembre al 15 dicembre 2023;

Atteso che:

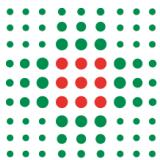
- il Codice di comportamento aziendale, approvato secondo il percorso sopra delineato si pone come strumento a supporto della gestione aziendale, fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità, a migliorare l'efficienza e l'efficacia nell'attività dell'Azienda ed a prevenire comportamenti illegittimi e/o illeciti;
- la valenza del Codice di comportamento presenta un duplice profilo: etico e giuridico;
- l'ANAC, nella richiamata delibera n. 177/2020, ha riconosciuto la dimensione valoriale dei Codici etici, orientati a fissare doveri spesso ulteriori rispetto a quelli definiti nei Codici di comportamento;

Ravvisata l'opportunità di caratterizzare la dimensione valoriale ed etica espressa nel Codice di comportamento, nei diversi profili in cui si articola la complessa organizzazione aziendale, tenendo conto, in particolare, delle peculiarità dell'ambito clinico sanitario, in modo da favorire, altresì, la più ampia adesione ai valori e principi guida dell'Azienda da parte di tutto il personale che vi opera a qualsiasi titolo;

Ritenuto, pertanto, di integrare le previsioni contenute nel Codice di comportamento aziendale mediante una ulteriore esplicitazione dei valori e principi etici di riferimento nell'ambito di un apposito Codice etico;

Dato atto che lo schema di Codice etico di cui al presente provvedimento è stato elaborato unitamente a rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti Socio-Sanitari, che hanno fatto parte del gruppo ristretto di redazione;

Precisato che il "Codice etico dell'Azienda USL di Bologna" costituisce un documento dinamico, che potrà essere oggetto di progressivi adattamenti in una logica condivisa con tutti gli stakeholder aziendali e viene pubblicato nella Sezione amministrazione trasparente del sito web istituzionale per garantire la massima trasparenza ed adesione ai principi in esso sanciti;



Precisato, altresì, che al Codice sarà data massima diffusione fra tutto il personale operante a qualsiasi titolo nel contesto aziendale,

Ritenuto, alla luce di quanto sopra, di approvare il Codice etico dell'Azienda Usl di Bologna, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, confermando le previsioni contenute nel Codice di comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 40/2024 e nel Codice di condotta in materia di prevenzione e contrasto delle discriminazioni, molestie e mobbing, approvato con deliberazione n. 27/2019;

Per tutto quanto premesso,

**Delibera**

- 1) di approvare il Codice etico dell'Azienda USL di Bologna, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- 2) di dare massima diffusione al Codice di cui al punto 1) fra tutto il personale che opera a qualsiasi titolo per l'Azienda USL di Bologna e gli stakeholder aziendali e di prevederne la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale;
- 3) di precisare che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del Bilancio dell'Azienda USL di Bologna;
- 4) di specificare che il Responsabile del Procedimento ai sensi della legge n. 241/1990 è Danila Valenti, Dirigente medico a tempo indeterminato, Direttore del Dipartimento dell'Integrazione dell'Azienda USL di Bologna.

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

Danila Valenti

# **Il CODICE ETICO dell'Azienda USL di BOLOGNA**

**1 maggio 2024**



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

**Il Codice Etico dell'Azienda USL di Bologna**  
Pubblicato il 1 maggio 2024. Bologna

**Azienda USL di Bologna**  
Sede legale: via Castiglione, 29 - 40124 Bologna  
Tel +39.051.6225111 fax +39.051.6584923  
Codice fiscale e partita Iva 02406911202

## Sommario

1. INTRODUZIONE .....	5
1. IL CODICE ETICO DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA.....	7
2. LA NATURA .....	8
3. I VALORI.....	8
4. I PRINCIPI GENERALI .....	10
5. LE FINALITÀ.....	12
6. L'AMBITO DI APPLICAZIONI E DESTINATARI DEL CODICE ETICO .....	13
6.1 L'ambito di applicazioni e destinatari del Codice Etico .....	13
6.2 I Valori alla base del codice etico .....	13
7. IL RISPETTO DELLE NORME VIGENTI.....	14
8. I RAPPORTI CON LE PERSONE CHE UTILIZZANO I SERVIZI .....	14
8.1 La trasparenza e l'accuratezza dell'informazione, i rapporti con l'esterno .....	14
8.2 La privacy .....	14
8.3 Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD).....	15
8.4 La Carta dei Servizi .....	15
8.5 La Pubblica Tutela.....	16
8.6 Il Controllo della Qualità e <i>Customer Satisfaction</i> .....	16
8.7 Il Risk Management.....	18
9. I COMITATI ETICI E LA BIOETICA CLINICA .....	19
9.1 Il Comitato Etico Territoriale .....	19
9.2 Il Comitato per l'Etica nella Clinica .....	21
9.3 Il Programma di Bioetica Clinica Applicata.....	22
9.4 Le Linee di indirizzo in tema di informazione al paziente e consenso ai trattamenti sanitari.....	24
9.5 La Legge Lenzi 219/2017 .....	26
9.6 Le Cure Palliative .....	32
9.7 L'Ospedale senza Dolore.....	36
10. L'AMMINISTRAZIONE AZIENDALE .....	36
10.1 Amministrazione trasparente .....	36
10.2 Riutilizzo dei dati personali .....	37
10.3 Bandi di gara e contratti.....	37
11. L'ANALISI E IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE.....	37
11.1 Il Dipartimento di Sanità Pubblica.....	37
11.2 La Direzione delle Attività Socio Sanitarie .....	37
11.3 Programma integrato disabilità e salute .....	38
11.4 Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche .....	39
11.5 I Centri per i Disturbi Cognitivi.....	40

11.6 Istituzione del Board Partecipazione, Equità Umanizzazione (Board PEU).....	41
12. IL CODICE di COMPORTAMENTO PER IL PERSONALE OPERANTE NELL’AZIENDA USL DI BOLOGNA.....	42
12.1 Il Codice di Comportamento.....	42
12.2 Whistleblowing.....	42
13. RAPPORTI CON I DIPENDENTI/COLLABORATORI .....	43
13.1 Il Comitato Unico di Garanzia (CUG).....	43
13.2 Il piano di egualanza di genere e delle azioni positive .....	43
13.3 I Consiglieri e le Consigliere di fiducia .....	44
13.4 Il Sistema di Valutazione Integrata del personale.....	45
13.5 Il Servizio di Prevenzione e Protezione .....	46
13.6 La Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro .....	46
13.7 Il Sistema di Anticorruzione e Trasparenza.....	47
13.8 Le Rappresentanze Sindacali .....	47
14. I RAPPORTI CON LA COMUNITA’ .....	47
14.1 La Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana ( CTSSM) di Bologna.....	48
14.2 I Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari ( CCMSS).....	48
14.3 Il Terzo Settore e la Co-progettazione .....	54
14.4 I Progetti di Auto Mutuo Aiuto (AMA).....	55
15. LA SOSTENIBILITA’ DELL’AMBIENTE .....	57
15.1 Le Azioni nell’ambito Energia/Edifici.....	58
15.2 Le Azioni nell’ambito Processi/Prodotti.....	58
15.3 Le Azioni nell’ambito Mobilita/Trasporti .....	59

## 1. INTRODUZIONE

Il Codice Etico è il documento ufficiale di una Azienda sanitaria che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti e doveri e delle responsabilità dell'AUSL nei confronti dei portatori di interesse.

Il Codice Etico costituisce un insieme di principi la cui osservanza è di fondamentale importanza per il regolare funzionamento, l'affidabilità della gestione e l'immagine dell'Azienda sanitaria.

A tali principi si richiamano le operazioni, i comportamenti e i rapporti, sia interni sia esterni all'Ente.

La **Costituzione Italiana**, nell'Articolo 32, richiama a valori fondamentali in ambito di tutela della salute : “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”.

La **Dichiarazione di Helsinki** elaborata dall'Associazione Medica Mondiale (WMA) nella sua versione del 2013, richiama principi etici per la ricerca medica che coinvolge i soggetti umani. Coerentemente con il mandato dell'Associazione Medica Mondiale, la Dichiarazione, che comprende 37 articoli, è rivolta principalmente ai medici. Il WMA, comunque, incoraggia le altre figure coinvolte nella ricerca. Richiamando la Dichiarazione di Ginevra dell'Associazione Medica Mondiale vincola il medico con queste parole: “La salute del mio paziente sarà la mia preoccupazione principale”. Richiama anche il Codice internazionale di Etica Medica che dichiara che “Il medico dovrà agire solo nell'interesse del paziente quando fornisce una cura medica”. Nell'articolo 4 recita che “è dovere del medico promuovere e salvaguardare la salute, il benessere e i diritti del paziente, inclusi quelli coinvolti nella ricerca medica”

La **Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea** (2000/C 364/01) proclamata dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione Europea, sancisce i diritti fondamentali dell'Unione europea nel condividere un futuro di pace fondato su valori comuni. Consapevole del suo patrimonio spirituale e morale, l'Unione si fonda sui valori indivisibili e universali di:

- **dignità umana**
- **libertà,**
- **uguaglianza**
- **solidarietà.**

l'Unione si basa sui principi di democrazia e dello stato di diritto. Essa pone la persona al centro della sua azione istituendo la cittadinanza dell'Unione e creando uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia

La **Carta dei Diritti del Malato** (presentata a Bruxelles nel 2002 da una rete di associazioni civiche a tutela dei diritti fondamentali del paziente) sancisce diritti, al fine di tutelare pazienti, consumatori, utenti, pazienti, famiglie e soggetti deboli, cui deve essere garantito il diritto ad usufruire delle cure mediche, come previsto dal “modello sociale europeo”.

Sono 14 i diritti del paziente, di seguito descritti, che devono essere garantiti ad ogni singolo individuo:

**1. Diritto al tempo:** Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

**2. Diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria:** Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e la documentazione sanitaria di cui necessita nonché ad entrare in possesso degli atti necessari a certificare in modo completo la sua condizione di salute.

**3. Diritto alla sicurezza:** Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

**4. Diritto alla protezione:** Il Servizio sanitario ha il dovere di proteggere in maniera particolare ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.

**5. Diritto alla certezza:** Ogni cittadino ha diritto ad avere dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a prescindere dal soggetto erogatore, e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

**6. Diritto alla fiducia:** Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o un presunto bugiardo.

**7. Diritto alla qualità:** Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare comunque il suo stato di salute.

**8. Diritto alla differenza:** Ogni cittadino ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione, e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze.

**9. Diritto alla normalità:** Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita.

**10. Diritto alla famiglia:** Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal Servizio sanitario il sostegno materiale necessario.

**11. Diritto alla decisione:** Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a mantenere una propria sfera di decisionalità e di responsabilità in merito alla propria salute e alla propria vita.

**12. Diritto al volontariato, all'assistenza da parte dei soggetti non profit e alla partecipazione :** Ogni cittadino ha diritto a un servizio sanitario, sia esso erogato da soggetti pubblici che da soggetti privati, nel quale sia favorita la presenza del volontariato e delle attività non profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

**13. Diritto al futuro:** Ogni cittadino, anche se condannato dalla sua malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della vita conservando la sua dignità, soffrendo il meno possibile e ricevendo attenzione e assistenza.

**14. Diritto alla riparazione dei torti:** Ogni cittadino ha diritto, di fronte ad una violazione subita, alla riparazione del torto subito in tempi brevi e in misura congrua.

## **1. IL CODICE ETICO DELL’AZIENDA USL DI BOLOGNA**

L’Azienda USL di Bologna promuove e tutela la salute della popolazione nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalle normative internazionali nazionali e regionali. Concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna.

L’Azienda concorre a promuovere la tutela della salute, l’innovazione tecnologica, l’umanizzazione delle cure e il rafforzamento della cooperazione scientifica e della comunicazione tra comunità scientifica e società.

In coerenza con quanto definito e

- considerato che occorre cogliere e definire l’elemento normativo-valoriale sia della sfera scientifica che spirituale e religiosa, sottolineando e valorizzando la profonda eticità di entrambe;
- consapevole che le regole universali della scienza e della morale non creano verità definitive, bensì consentono chiarezza argomentativa e rispetto della pluralità delle visioni, attraverso la paziente tessitura del consenso e il confronto multiprofessionale e multidisciplinare e della comunità;
- riconoscendo che il progresso scientifico è parte costituente della cultura e deve sempre agire per e con l’essere umano, nel rispetto della centralità del suo sistema valoriale e del bene comune;

l’Azienda USL di Bologna nella promozione della salute riconosce come fondamentali:

- a. **l’universalità, la libertà, l’integrità e la responsabilità della scienza;**
- b. **la tutela della dignità umana, l’autonomia individuale e il consenso informato;**
- c. **l’equità e la giustizia nelle politiche pubbliche per la salute e la prevenzione;**
- d. **la professionalità degli operatori sanitari e non sanitari;**
- e. **la qualità e la sicurezza nella ricerca, promossa dal Comitato Etico;**
- f. **la tutela dell’habitat e della biosfera.**

L’Azienda USL di Bologna ha tenuto conto nella formulazione del codice etico dell’azienda di alcune caratteristiche fondamentali che deve possedere, tra cui:

- ***Universalità***: il codice etico deve essere valido per tutte le sedi dell’azienda e per tutti i suoi dipendenti, senza eccezioni.
- ***Chiarezza***: il documento deve essere scritto in linguaggio semplice e accessibile a tutti, senza tecnicismi o ambiguità.
- ***Autorevolezza***: il codice etico deve essere emanato dal vertice aziendale, condiviso con tutti i collaboratori e diventare parte integrante della cultura e della strategia dell’azienda.

- **Adeguamento:** il documento deve essere adeguato alle caratteristiche e alle esigenze specifiche dell'azienda, tenendo conto del settore di appartenenza, della dimensione e della mission aziendale.
- **Aggiornamento:** il codice etico deve essere soggetto a revisioni periodiche per assicurare l'aggiornamento e l'adeguatezza delle norme in base ai cambiamenti del contesto esterno.

## **2. LA NATURA**

Il Codice Etico dell'Azienda USL di Bologna costituisce il documento ufficiale in cui l'Azienda definisce i principali valori etici che la caratterizzano e che devono orientare ogni attività.  
A tali valori devono uniformarsi i comportamenti dei soggetti, interni ed esterni, che con essa interagiscono e che, per interagire con essa, devono condividere.

Il Codice Etico è il documento che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti e doveri e delle responsabilità dell'Azienda nei confronti dei portatori di interesse ( persone-utenti- cittadini, dipendenti, fornitori).

E' Deliberato dal Direttore Generale

L'osservanza dei principi del Codice Etico è di fondamentale importanza per il regolare funzionamento, l'affidabilità della gestione e l'immagine dell'Azienda USL di Bologna.

Il Codice Etico dell'Azienda USL di Bologna si ispira alla Costituzione Italiana (1947), alla Dichiarazione di Helsinki (2023), alla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000) e alla Carta europea dei Diritti del Malato (2002).

Il Codice Etico integra e specifica le previsioni del Codice di Comportamento e del Codice di Condotta aziendali nel tempo vigenti, il cui contenuto viene confermato e rafforzato dal presente documento, per la creazione del valore pubblico cui l'Azienda tende nel perseguitamento dei fini istituzionali cui è preordinata.

## **3. I VALORI**

L'Azienda USL di Bologna riconosce che un esplicito richiamo a valori e a principi etici universalmente condivisi possa garantire un equilibrato indirizzo nella gestione e nell'erogazione di servizi alla persona, tanto più se finalizzati a prendersi carico della sofferenza e della tutela delle fragilità sociale, della prevenzione e del miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini.

Questi principi trovano fondamento e ne è fatto esplicito richiamo anche all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione ( PIAO) aziendale nel quale viene sottolineata la centralità della persona, con il rispetto della sua integrità fisica, psichica e sociale.

L'Azienda USL di Bologna pone il cittadino-utente-individuo al centro del sistema sanitario territoriale e organizza intorno a lui una rete integrata di assistenza socio-sanitaria, appropriata e equa.

Tale azione è sviluppata nell'implementazione di tutte le attività di prevenzione e di educazione sanitaria, volte a rimuovere i fattori di rischio, migliorare l'ambiente, promuovere corretti stili di vita , con particolare riguardo all'infanzia, all'adolescenza e alla terza età; nel più ampio coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri e dei farmacisti; nel monitoraggio delle prestazioni sanitarie e nel rispetto dei tempi di attesa per le stesse; nella

diffusione dell'assistenza territoriale e nello sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata e delle cure palliative transmurali, nella riduzione del tasso di ospedalizzazione.

La **centralità della persona** è il fondamento del necessario approccio culturale, scientifico e tecnico-professionale alla salute e alla tutela del benessere del cittadino.

Si sottolinea il passaggio dalla concezione del "curare" (*to cure*) al "prendersi cura" (*to care*), restituendo dignità etica ad ogni intervento sui bisogni della persona, che sia esso, medico, assistenziale o amministrativo.

L'Azienda USL di Bologna si pone come garante nell'ambito di competenza del miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita delle persone, caratterizzandosi come istituzione chiamata ad erogare e ad acquisire, tramite un'oculata contrattualità con le strutture pubbliche e private accreditate, servizi sanitari e socio-sanitari rispondenti ai bisogni della collettività.

L'Azienda USL di Bologna pone alla base della propria *mission aziendale* di **tutela e promozione della salute** e della propria attività i seguenti valori etici di seguito descritti :

- a) **Rispetto della persona ,dei suoi valori, della sua dignità e del suo bisogno di umanità, considerato valore assoluto**
- b) **Contrasto e riduzione delle disuguaglianze, per contrastare e ridurre le disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute correlate alle determinanti sociali, culturali ed economiche;**
- c) **Oonestà, affidabilità e dedizione al proprio dovere istituzionale di essere al servizio del cittadino, ovvero la capacità di assolvere agli impegni fissati in ragione delle competenze disponibili e di adeguare sistematicamente le scelte strategiche, i comportamenti e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita;**
- d) **Necessità di trasparenza dell'agire organizzato, che garantisce la circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, e la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte aziendali di governo clinico e di politica sanitaria;**
- e) **Rispetto della riservatezza della persona e tutela e non divulgazione dei dati riservati e sensibili relativi all'utente e ai dipendenti;**
- f) **Rispetto dei professionisti e del capitale umano, inteso quale capitale umano e patrimonio culturale e professionale da coinvolgere e motivare, promuovendo la formazione continua e garantendo pari opportunità di crescita professional;**
- g) **Crescita culturale, sociale ed evoluzione del sistema Innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del sistema sanitario e per produrre prestazioni di qualità;**
- h) **Rispetto della società nella consapevolezza dell'impatto delle azioni potenziali e/o agite;**
- i) **Necessità di mescolamento delle competenze per garantire la migliore comprensione e la migliore risposta ai bisogni delle persone;**
- j) **Tutela della sicurezza, intesa come sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro finalizzata a garantire la massima tutela e sicurezza dei pazienti e dei dipendenti, nel rispetto della normativa vigente;**

m) **Giustizia distributiva**, intesa come la necessità di promuovere una cultura che afferma l'eguale valore di ogni persona a prescindere da ogni discriminazione e la possibilità per ognuno ad accedere al più alto standard di cure mediche, compatibilmente con le risorse disponibili.

## **4. I PRINCIPI GENERALI**

Il sistema valoriale dichiarato dall'I.Azienda USL di Bologna , che pone alla base della propria *mission aziendale* **la tutela e la promozione della salute**, si traduce nei principi etici di seguito riassunti e di seguito descritti e sviluppati :

a) **Centralità della persona**

b) **Equità e Princípio di non discriminazione**

c) **Legalità e integrità**

d) **Trasparenza**

e) **Tutela della riservatezza**

f) **Valorizzazione del patrimonio professionale**

g) **Ricerca e orientamento all'innovazione**

h) **Responsabilità sociale**

i) **Integrazione , multidisciplinarietà, transdisciplinarietà e multi professionalità**

j) **Gestione del rischio**

m) **Efficacia e appropriatezza dell'uso delle risorse pubbliche**

- garantendo inoltre la centralità della comunità;
- garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale;
- concorrendo, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, anche integrando con la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana, i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato;
- realizzando sviluppo dell'innovazione e attività di ricerca, in stretta connessione con le attività formative e in collaborazione con l'Università.

I principi fondamentali riconosciuti e condivisi dall'Azienda per il perseguitamento della *mission aziendale* e su cui si fondano i comportamenti oggetto del Codice sono, oltre a diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, quelli di correttezza, buona fede, onestà, proporzionalità, appropriatezza, obiettività, equità e ragionevolezza, indipendenza, efficacia, efficienza e centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale, ricerca e orientamento all'innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione e tutela della sicurezza delle persone-cittadini-utenti e dei dipendenti.

I destinatari del Codice Etico improntano la propria condotta al rispetto dei principi di cui al presente documento, declinate come di seguito:

**a) Centralità della persona**

1. L’Azienda, in qualità di garante, nell’ambito di propria competenza, del miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone, orienta la propria gestione alla soddisfazione dell’utente, sviluppando un rapporto di fiducia ed osservando un comportamento improntato alla massima educazione, cortesia, rispetto e disponibilità, avendo quale vocazione, fra le altre, la difesa e la salvaguardia della dignità umana.
2. A tal fine l’Azienda pone particolare attenzione alla corretta comunicazione agli utenti sui percorsi e sulle alternative diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali, evidenziando rischi e benefici, fornendo tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, con l’obiettivo di garantire adeguate relazioni tra il personale, il paziente, i suoi familiari/e o il caregiver.

**b) Principio di non discriminazione**

1. L’Azienda contrasta qualsivoglia forma di discriminazione diretta o indiretta, relativa al genere, all’età, all’orientamento sessuale, all’origine razziale ed etnica, alla disabilità e alla lingua, sia nelle relazioni con i pazienti e i cittadini-utenti, sia nelle relazioni fra e con i destinatari del Codice.
2. L’Azienda garantisce le pari opportunità, la tutela dal mobbing e dalle molestie sessuali e persegue il benessere organizzativo anche attraverso l’operatività dei Comitati Unici di Garanzia.

**c) Legalità e integrità**

1. L’Azienda conforma la propria azione al rispetto dei principi di legalità e integrità, ponendo in essere le misure necessarie a prevenire la corruzione ed evitare comportamenti illeciti.
2. L’Azienda persegue l’interesse pubblico conformando la propria azione ai doveri di imparzialità, efficienza, economicità e buon andamento, nel rispetto delle leggi, dei contratti, delle direttive e dei regolamenti aziendali, anche tenendo conto dei codici deontologici delle singole professioni.
3. L’Azienda assicura l’assolvimento dei compiti affidati ai destinatari del Codice senza condizionamenti dovuti ad interessi privati e personali e senza che vi siano abusi della posizione rivestita per raggiungere indebite utilità, al fine di favorire il più alto grado di fiducia e credibilità.

**d) Trasparenza**

1. L’Azienda impronta la propria attività alla massima trasparenza, dando piena attuazione agli obblighi legislativamente previsti, in modo da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche, garantendo ai cittadini l’accessibilità totale alle informazioni, ai dati e ai documenti.
2. L’Azienda s’impegna ad agire con trasparenza anche attraverso la ricerca del confronto e della partecipazione degli *stakeholder*, nelle fasi di pianificazione e programmazione e nella rendicontazione degli obiettivi raggiunti e delle risorse impiegate.

**e) Riservatezza**

1. L’Azienda garantisce nel trattamento delle informazioni il rispetto delle previsioni normative e regolamentari in materia di tutela e protezione dei dati personali, con particolare riguardo ai dati relativi alla salute e alla dignità della persona, e del segreto d’ufficio.

**f) Valorizzazione del patrimonio professionale**

1. L’Azienda riconosce l’importanza del contributo di tutti gli operatori al perseguitamento dei fini istituzionali:

- valorizzando la preparazione e competenza professionale;
- promuovendo l’attività di formazione e sviluppo professionale attraverso un’attenta rilevazione dei bisogni formativi e mediante l’adozione di iniziative adeguate;
- favorendo l’efficacia e la trasparenza delle procedure e dei sistemi di valutazione del personale,
- riconoscendone l’importanza quali strumenti atti a valorizzare e motivare il personale e a riconoscerne il merito.

**g) Ricerca e orientamento all’innovazione**

1. La ricerca è funzione istituzionale propria dell’Azienda, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione.
2. L’attività di ricerca costituisce condizione essenziale per l’innovazione e il miglioramento continuo della qualità dei servizi del SSR, consente di promuovere, in modo efficace e appropriato, la qualità dei servizi e delle prestazioni. A tal fine, l’Azienda garantisce lo svolgimento di attività di ricerca obiettiva e indipendente volta alla tutela degli interessi dei cittadini, anche attraverso il potenziamento delle competenze e degli strumenti dedicati.

**h) Responsabilità sociale**

1. L’Azienda promuove la responsabilità sociale quale principio fondamentale della propria attività e come valore essenziale della gestione organizzativa, in coerenza con la propria funzione sociale, con la tutela dell’ambiente, con la responsabilità verso la comunità locale e le generazioni future.
2. L’Azienda promuove ed assicura azioni di sostegno nei confronti delle persone più vulnerabili e più esposte al rischio di esclusione sociale e rispetta la diversità culturale al fine di rimuovere ogni forma di emarginazione.

**i) Integrazione, multidisciplinarietà, transdisciplinarietà e multi professionalità**

1. L’Azienda favorisce l’approccio multidisciplinare nello svolgimento delle attività anche attraverso l’integrazione dei professionisti e delle discipline coinvolte, tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e tra le diverse Aziende e Aree territoriali.

**l) Gestione del rischio e tutela della sicurezza**

1. L’Azienda promuove e garantisce nelle proprie strutture la sicurezza dei pazienti e degli operatori, perseguitando il miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso la corretta gestione del rischio collegato ai processi di cura ed assistenza.
2. L’Azienda, consapevole dell’importanza di garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro, assicura ai destinatari del Codice condizioni di lavoro atte a garantire la tutela della salute e della sicurezza e rispettose della dignità individuale.

**m) Uso delle risorse pubbliche**

1. L’Azienda assicura che gli arredi, il materiale, le attrezzature, gli strumenti tecnologici e informatici e, più in generale, qualsiasi risorsa, sia utilizzata con scrupolo, cura e diligenza e garantisce appropriatezza nell’uso delle risorse.

## **5. LE FINALITÀ**

Il Codice Etico descrive e riassume i valori di un’organizzazione e le modalità attraverso le quali si intende applicarli. Costituisce un insieme di principi la cui osservanza è di fondamentale importanza per il regolare funzionamento, l’affidabilità della gestione e l’immagine dell’Azienda Sanitaria .

A tali principi si richiamano le azioni, i comportamenti e i rapporti, sia interni sia esterni all'Ente, costituisce, pertanto, uno degli strumenti che valorizzano l'impegno di responsabilità dell'impresa nei confronti dei portatori di interesse (*stakeholder*).

## **6. L'AMBITO DI APPLICAZIONI E DESTINATARI DEL CODICE ETICO**

### **6.1 L'ambito di applicazioni e destinatari del Codice Etico**

L'Azienda USL di Bologna, al fine di definire in modo chiaro e trasparente l'insieme dei principi che ne ispirano la *mission* per il raggiungimento dei propri obiettivi, ha predisposto il Codice Etico, che rappresenta il principale mezzo di diffusione della cultura etica all'interno dell'Azienda e la cui osservanza è imprescindibile per il corretto funzionamento e la reputazione dell'Azienda stessa.

Il Codice Etico e il Codice di Condotta stabiliscono i valori, i principi e i comportamenti che l'azienda si impegna a rispettare nei confronti di tutti i portatori di interesse (stakeholders): i propri dipendenti, gli utenti, i collaboratori e l'ambiente. Il Codice Etico identifica i diritti, i doveri e le responsabilità che l'azienda deve rispettare: una serie di principi a cui tutte le attività devono uniformarsi in ambito etico e sociale.

L'Azienda USL di Bologna intende perseguire tale scopo nel rispetto dei principi dalla Costituzione Italiana e della normativa nazionale e fa propri i principi etici riconosciuti anche in sede internazionale che presiedono all'attività sanitaria.

L'osservanza del Codice Etico è di estrema importanza nel garantire il buon funzionamento, l'affidabilità e la reputazione dell'azienda, al fine di prevenire comportamenti illeciti ed evitare qualsiasi coinvolgimento dell'Azienda nella realizzazione di condotte penalmente rilevanti.

Il Codice Etico è inserito nel sito web dell'Azienda USL di Bologna.

Il personale dipendente dell'Azienda USL e i collaboratori esterni sono i destinatari del Codice Etico e sono chiamati a contribuire attivamente alla sua scrupolosa osservanza.

### **6.2 I Valori alla base del codice etico**

Nella sua formulazione, il codice etico dell'azienda ha tenuto conto di alcune caratteristiche fondamentali che deve possedere, tra cui:

- ***Universalità***: il codice etico deve essere valido per tutte le sedi dell'azienda e per tutti i suoi dipendenti, senza eccezioni.
- ***Chiarezza***: il documento deve essere scritto in linguaggio semplice e accessibile a tutti, senza tecnicismi o ambiguità.
- ***Autorevolezza***: il codice etico deve essere emanato dal vertice aziendale, condiviso con tutti i collaboratori e diventare parte integrante della cultura e della strategia dell'azienda.
- ***Adeguamento***: il documento deve essere adeguato alle caratteristiche e alle esigenze specifiche dell'azienda, tenendo conto del settore di appartenenza, della dimensione e della mission aziendale.
- ***Aggiornamento***: il codice etico deve essere soggetto a revisioni periodiche per assicurare l'aggiornamento e l'adeguatezza delle norme in base ai cambiamenti del contesto esterno.
- ***Monitoraggio***: l'azienda che adotta il codice etico deve dotarsi di un organo che controlli la sua corretta applicazione.

## **7. IL RISPETTO DELLE NORME VIGENTI**

I principi etici di cui si chiede l'osservanza da parte di tutti gli operatori coinvolti rispettano le normative regionali, nazionali, internazionali, con particolare attenzione al respingimento di pratiche illegali e legate alla corruzione.

L'Azienda USL di Bologna valuta l'operato dei dipendenti e collaboratori secondo diligenza, competenza, professionalità, efficienza, ai fini di garantire agli utenti prestazioni di elevato livello qualitativo. L'imparzialità di trattamento e la tutela del diritto alla salute, in ogni individualità rappresentata, sono valori da tutelare, pertanto, l'utilizzo di risorse umane aziendali, consulenti e collaboratori sarà promosso in assenza di alcuna discriminazione, nel rispetto delle pari opportunità.

E', inoltre, vietata ogni tipo di molestia – dovunque e comunque esercitata – nelle relazioni di lavoro fra i propri dipendenti, professionisti, collaboratori e consulenti. L'Azienda USL di Bologna non ammette né tollera alcuna forma di discriminazione od incitazione alla discriminazione sulla base della razza, colore, sesso, età, religione, condizione fisica, stato civile, orientamenti sessuali, cittadinanza, origine etnica o qualunque altra discriminazione contraria alla legge.

Tutti i dipendenti dell'Azienda USL di Bologna e chiunque collabori con l'ente a qualsiasi titolo hanno il dovere di tenere e far tenere ai propri collaboratori ed ai propri interlocutori un comportamento conforme ai generali principi di assoluta onestà, lealtà, buona fede, correttezza e diligenza, oltre che agli specifici obblighi che possano derivare dalla deontologia e, comunque, da quei principi ritenuti dovuti in virtù del contesto e delle finalità della propria missione. In nessun modo la convinzione di agire nell'interesse o a vantaggio della struttura può giustificare l'adozione di comportamenti in contrasto con i principi indicati nel Codice Etico.

L'Azienda USL di Bologna considera l'onestà del proprio agire in primis, ma anche la propria immagine e la propria reputazione, valori che, in quanto patrimonio comune, devono essere tutelati e sviluppati anche attraverso la piena diffusione, condivisione ed osservanza dei principi etici contenuti nel presente codice.

## **8. I RAPPORTI CON LE PERSONE CHE UTILIZZANO I SERVIZI**

**Le persone che utilizzano i servizi dell'Azienda USL di Bologna** sono i destinatari finali, i fruitori ultimi delle prestazioni e dei servizi sanitari, socio-sanitari ed amministrativi erogati dall'Azienda. Rappresentano il primo interlocutore ed il focus di tutta l'attività Aziendale.

Il dipendente si attiene nei rapporti con l'utenza agli ambiti di seguito riportati:

### **8.1 La trasparenza e l'accuratezza dell'informazione, i rapporti con l'esterno**

L'Azienda USL di Bologna ritiene che solo lo scambio di informazioni chiare e prive di filtri possa avviare un dialogo costruttivo tra le parti. Per l'Azienda USL di Bologna è fondamentale che tutti i suoi interlocutori siano informati con la massima trasparenza e abbiano la possibilità di esprimere liberamente il loro punto di vista. Inoltre in Azienda USL di Bologna ogni comportamento è orientato al rispetto delle leggi e dei regolamenti.

### **8.2 La privacy**

L'Azienda USL di Bologna tratta le informazioni degli interlocutori nel rispetto della riservatezza e della *privacy* degli interessati.

A tal fine sono applicate, e costantemente aggiornate, politiche e procedure specifiche per la protezione delle informazioni attraverso una organizzazione che assicuri la corretta separazione dei ruoli e delle responsabilità sottponendo i soggetti terzi che intervengono nel trattamento delle informazioni, alla sottoscrizione di informative di riservatezza.

Le Linee Guida disciplinano il sistema di gestione dei dati personali all'interno dell'Azienda USL di Bologna, nel rispetto della normativa specifica, e riguardano tutti i trattamenti effettuati dalla stessa o per suo conto. Le Linee Guida si richiamano al Regolamento (UE) 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 (c.d. regolamento generale sulla protezione dei dati), e al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", così come modificato dal Decreto Legislativo n.101 del 10 agosto 2018, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento (UE) 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". A garanzia della conformità alla normativa vigente, ai trattamenti dei dati personali effettuati dall'Azienda si applicano:

- il vigente Regolamento regionale sui trattamenti dei dati di natura particolare per motivi di interesse pubblico rilevante;
- i provvedimenti emanati dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in materie specifiche.

### **8.3 Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

L'Azienda USL di Bologna rispetta il Regolamento (UE) 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)» (RGPD), in vigore dal 24 maggio 2016 ed applicabile dal 25 maggio 2018, riconoscendo come fondamentale il ruolo del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) (artt. 37-39).

Già dal 1° luglio 2018 l'espletamento delle funzioni di *Data Protection Officer* (DPO), per le esigenze dell'Azienda USL di Bologna, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria - Policlinico S.Orsola Malpighi, dell'Azienda USL di Imola, di *Montecatone Rehabilitation Instituite* S.p.A. e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, è stato assicurato in via integrata, così come stabilito con deliberazione n. 188 del 12 giugno 2018 e , quindi, in data 29 aprile 2021, in sede di Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana è stato presentato ed approvato all'unanimità, il progetto di integrazione delle funzioni di *Data Protection Officer*, mediante l'istituzione di una U.O. interaziendale DPO, tra l'Azienda USL di Bologna IRCCS, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, l'Azienda USL di Imola e l'Istituto Ortopedico Rizzoli

L'intera attività delle Aziende convenzionate è quindi organizzata e svolta in forma unificata da parte della Struttura Semplice a valenza interaziendale, denominata "*Data protection Officer interaziendale*" , unica articolazione di riferimento per lo svolgimento delle relative attività, garantisce la direzione delle attività e le connesse responsabilità di governo e di controllo, assumendo i poteri di gestione e coordinamento

### **8.4 La Carta dei Servizi**

L'Azienda USL di Bologna procede alla costante revisione dei contenuti relativi alla carta dei servizi, privilegiando la parte dedicata alle informazioni all'utenza necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda USL di Bologna.

L'obiettivo specifico perseguito è quello di aggiornare e riorganizzare le informazioni, ipotizzando un modello di accesso e accoglienza dei servizi, centrato sull'utente.

La Carta dei servizi è uno strumento non solo di garanzia, di equità e accessibilità, ma anche di educazione alla salute, promozione di sani stili di vita e patto di coinvolgimento di tutti gli attori della salute per una fruizione appropriata delle prestazioni socio-sanitarie.

In tal senso la Carta dei Servizi è strettamente collegata al Codice Etico che individua, condivide e interiorizza da parte di tutti gli operatori dell'Azienda sanitaria i principi etici cui la stessa si ispira, avendo come conseguenza una maggior garanzia e migliore qualità dei servizi e delle prestazioni offerte alla Persona che utilizza i servizi.

## **8.5 La Pubblica Tutela**

Uno degli aspetti più significativi del diritto delle Persone utenti è quello relativo al diritto all'informazione; a tal fine l'Azienda USL di Bologna , per ridurre la complessità della propria organizzazione favorendo e semplificando, in tal modo, gli scambi comunicativi con i cittadini, predispone una rete di Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), ubicati in ogni Distretto e un URP Centrale che ha funzioni di coordinamento.

Agli URP distrettuali è affidata la gestione delle informazioni e dei reclami/segnalazioni/encomi che coinvolgono Unità Operative distrettuali, mentre all'URP Centrale è affidata la gestione dei reclami/segnalazioni/encomi che coinvolgono i Servizi Dipartimentali dell'Azienda e le Strutture Esterne .

Gli URP ricevono personalmente il pubblico con apertura diretta degli uffici o su appuntamento, rispondono alle telefonate dei cittadini, dispongono di una casella di posta elettronica pubblicata sul sito della Azienda USL di Bologna raggiungibile, con un semplice percorso, dalla *home page* del sito Aziendale.

L'URP al fine di rendere il servizio al cittadino efficace e trasparente si avvale di una serie di documenti, tra i quali :

- Sito internet Aziendale, costantemente aggiornato;
- Guida ai Servizi distrettuali che ogni URP ha predisposto e che continuamente aggiorna;
- Sito internet di Regione Emilia-Romagna;
- Sito internet del Ministero della Salute;
- Regolamento di Pubblica Tutela di ASL, diffuso capillarmente e pubblicato sul sito Aziendale.

## **8.6 Il Controllo della Qualità e *Customer Satisfaction***

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) dell'Azienda riflette la complessità dell'Azienda stessa, generata dalla molteplicità di strutture che in modo integrato devono dare risposte ai continui cambiamenti provenienti dal contesto in cui l'Azienda è inserita.

Il SGQ si caratterizza quindi come sistema dinamico e flessibile in grado di dare risposte a cambiamenti di varia natura quali, ad esempio, quelli consequenti ad aggiornamenti legislativi e normativi (regionali, nazionali e comunitarie), a variazioni della domanda quanti/qualitativa di prodotti/servizi erogati dall'Azienda, anche in *partnership* con il privato accreditato, a cambiamenti richiesti dalla Direzione Strategica Aziendale conseguenti alle direttive regionali.

Il SGQ, così come il “sistema azienda”, si comporta come un sistema aperto in continua relazione con l'ambiente esterno. Da questo l'importanza dei rapporti con gli Enti e le Istituzioni, ma anche con i rappresentanti della Cittadinanza e le Associazioni presenti sul territorio.

Aspetto complementare alla flessibilità del Sistema Qualità è l'impegno costante a fornire risposte qualitative oltre che quantitative ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, in linea con lo sviluppo scientifico e con i principi di *Clinical Governance*.

L'approccio scelto per promuovere la Qualità nell'Azienda USL di Bologna è prevalentemente di tipo culturale secondo una logica di miglioramento continuo e graduale (*Total Quality Management*) nella consapevolezza che nessun cambiamento organizzativo concreto possa prescindere da un cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti dei singoli operatori.

Su questa base le priorità che guidano le strategie di pianificazione sono orientate alla cultura del servizio centrato sulle Persone che utilizzano i servizi dell'Azienda USL, al coinvolgimento degli operatori attraverso il lavoro di gruppo, all'organizzazione per processi, al raggiungimento di risultati oggettivi, concreti, misurabili.

Il SGQ si articola mediante l'utilizzo di strumenti specifici, quali:

- Strumenti di gestione della qualità
- Audit Interni
- Certificazioni volontarie
- Carta dei Servizi
- Qualità Percepita dei cittadini

#### **8.6.1 Gli Strumenti di Gestione della Qualità**

Per l'Azienda USL di Bologna è importante lo sviluppo di un Sistema di Gestione Qualità che consente di sviluppare strumenti per contribuire a governare la complessità dell'organizzazione e rispondere a mutate condizioni derivanti da confronto con le Persone che utilizzano i servizi.

Un Sistema di Gestione della Qualità è l'insieme di tutte le attività collegate e interdipendenti che influenzano la Qualità di un prodotto o di un servizio. Permette di documentare i processi, le procedure e le responsabilità di un'organizzazione per soddisfare i requisiti della Persona che accede ai servizi e migliorare la sua efficacia e la sua efficienza su base continua.

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo di utilizzare la documentazione sanitaria quale principale fonte documentale del loro operato, ma oltre all'utilizzo e alla gestione della documentazione sanitaria, gli operatori aziendali sono invitati a predisporre la documentazione utile al miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

In generale, gli operatori contribuiscono a definire le modalità con cui mettono in atto il loro specifico professionale e possono avere a disposizione indicazioni per operare nel rispetto di procedure e standard definiti, tenendo conto dell'appropriatezza degli interventi e del principio etico della giustizia distributiva.

Tale documentazione viene inserita nel Sistema di Gestione della Qualità Aziendale il cui scopo è garantire:

- **Chiarezza del sistema di responsabilità** relativo al processo/attività
- **Trasparenza dei ruoli degli attori** a monte e a valle del processo e delle singole fasi
- **Riduzione della personalizzazione** delle modalità operative degli attori coinvolti
- **Diffusione delle modalità operative del processo** (non più persone "indispensabili", ma azioni indispensabili)
- **Efficienza** attraverso la conoscenza di come avvengono le cose per permettere di migliorare i processi
- **Facilitazione dell'apprendimento** nella fase di inserimento del personale nel contesto organizzativo.

La documentazione utilizzata nell’ambito del Sistema di Gestione Qualità richiede che siano esplicitate le regole di controllo, conservazione ed aggiornamento per garantire che ogni operatore abbia a disposizione, nella versione aggiornata, tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento delle attività.

A livello aziendale sono definiti criteri condivisi di verifica, approvazione, emissione, applicazione, distribuzione, revisione, rintracciabilità, conservazione ed eliminazione della documentazione afferenti al SGQ.

Non esiste un elenco predefinito della documentazione cogente che ogni organizzazione deve possedere: vi è pertanto discrezionalità nel definire quali processi necessitano di essere uniformati e monitorati, anche se elementi di obbligatorietà sono contenuti nei requisiti generali e specifici pervisti per l’Autorizzazione all’esercizio di attività Sanitaria e per l’Accreditamento Istituzionale della Regione Emilia-Romagna.

### **8.6.2 La Qualità percepita**

L’ascolto delle persone utenti e dei professionisti viene promosso dall’Azienda USL di Bologna attraverso la rilevazione non solo del loro punto di vista e delle loro opinioni rispetto alla qualità delle cure e assistenza ricevute, ma anche della loro esperienza nel percorso di cura.

Le organizzazioni sanitarie possono reperire le valutazioni degli utenti in diversi modi ad esempio: le indagini di Qualità percepita, le segnalazioni dei cittadini, gli indicatori di Qualità dal punto di vista degli utenti e le indagini qualitative.

Le indagini di Qualità percepita sono uno strumento di monitoraggio dell’esperienza degli utenti e di valutazione della Qualità dei servizi da parte dei cittadini. Esse, realizzate anche in collaborazione con i Comitati Consultivi Misti, contribuiscono a migliorare i servizi per renderli funzionali al conseguimento degli obiettivi aziendali, mettendo in luce aspetti critici che potranno essere gestiti attraverso azioni correttive e/o progetti di miglioramento.

La persona utente può quindi contribuire al miglioramento dei servizi rispondendo ai questionari cartacei che periodicamente vengono consegnati dai professionisti oppure a questionari online promossi dall’Azienda o dalle singole macroarticolazioni.

## **8.7 Il Risk Management**

Per l’Azienda USL di Bologna la sicurezza rappresenta una componente ineludibile dell’assistenza sanitaria e costituisce un elemento inderogabile per l’erogazione di prestazioni di elevata qualità.

Negli ultimi anni sono stati emanati molteplici provvedimenti legislativi di livello nazionale che, avendo qualificato la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e le attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario come interesse primario del Servizio Sanitario Nazionale, hanno imposto a tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie di attivare un’adeguata funzione di risk management per assicurare il monitoraggio, la prevenzione e la gestione del rischio sanitario ed hanno formalmente istituito organi di coordinamento nazionale e regionale con funzioni sia di osservatorio che di orientamento delle pratiche clinico-assistenziali verso criteri di sicurezza ed appropriatezza validati e condivisi.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante le “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, ha stabilito che la sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute, di portata costituzionale, ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività quale elemento imprescindibile per l’erogazione di prestazioni di elevata qualità, anche attraverso

l’insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie, a cui tutto il personale è tenuto a concorrere.

La legge prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto, da pubblicare nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015 n. 208, in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi errore ed analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali siano gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli incidenti correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) ed i rischi (i cosiddetti quasi eventi/near miss: eventi che non si sono verificati, che stavano per accadere ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

L’Azienda USL di Bologna è pienamente in linea con lo spirito che anima tali dettati normativi, ovvero quello di promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione della presente relazione) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

L’Azienda USL di Bologna condivide i dati più consolidati della letteratura che convergono nel rilevare che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza e che per garantire il massimo risultato è necessario l’utilizzo di molteplici strumenti di rilevazione che consentano una rappresentazione del sistema nella sua globalità, a partire dai rischi specifici dei singoli sottosistemi e delle interconnessioni tra questi, anche in considerazione della eterogeneità e complessità dei fattori che concorrono alla sicurezza delle cure, tra cui fattori strutturali e tecnologici, organizzativo-gestionali, umani, legati agli utenti-pazienti, esterni all’organizzazione.

Una tale molteplicità e varietà richiede quindi un’ampia gamma di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente, complementari tra loro, e un sistema di gestione del rischio basato su un approccio multidisciplinare integrato che, attraverso l’apprendimento continuo per il miglioramento, possa assicurare livelli di qualità e sicurezza delle cure via via crescenti.

L’Azienda USL di Bologna, pertanto, annualmente, oltre alle attività di monitoraggio delle diverse tipologie di accadimenti significativi per la sicurezza delle cure, della persona assistita e dei professionisti, vengono i redatti e resi disponibili per gli operatori sulla rete intranet il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure (PPSC), il Piano di Prevenzione delle Cadute (PAPC) e il Piano per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PPICA) di cui è stata data condivisione in sede di Collegio di Direzione e in occasione di incontri con il Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari.

## **9. I COMITATI ETICI E LA BIOETICA CLINICA**

### **9.1 Il Comitato Etico Territoriale**

L’Azienda USL di Bologna garantisce l’attività dei Comitati Etici Territoriali (CET). I CET sono un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che hanno la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della

sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela e sono incaricati di rendere pareri ai fini del regolamento (UE) n. 536/2014 che tengano conto della prospettiva dei non addetti ai lavori, in particolare dei pazienti o delle loro organizzazioni.

I CET si ispirano al rispetto della vita umana così come indicato nelle Carte dei Diritti dell’Uomo, nei codici della deontologia medica nazionale e internazionale e in particolare nella revisione corrente delle Dichiarazione di Helsinki e nella Convenzione di Oviedo. I CET operano in applicazione della normativa vigente in materia ed il loro parere è vincolante per la realizzazione di ogni studio sull’uomo.

L’indipendenza del CET è garantita:

- 1) dalla mancanza di subordinazione gerarchica del CET nei confronti della Struttura ove essi operano;
- 2) dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta; a tal fine, i componenti del Comitato Etico devono firmare annualmente una dichiarazione in cui si obbligano ad astenersi dalla partecipazione alla valutazione di quelle sperimentazioni per le quali possa sussistere un conflitto di interessi di tipo diretto o indiretto, tra cui:
  - a) il coinvolgimento nella progettazione, nella conduzione o nella direzione della sperimentazione;
  - b) l’esistenza di rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione, a qualsiasi titolo, con lo sperimentatore o con il promotore dello studio o dell’azienda che produce o commercializza il farmaco, il dispositivo medico o il prodotto alimentare o altro prodotto coinvolto nella sperimentazione come meglio indicato al successivo comma3, nonché nel provvedimento di cui all’art. 6, comma 1, del decreto legislativo n. 52 del 2019;
- 3) dall’assenza di cointerescenze di tipo economico-finanziario tra i membri del comitato e le aziende private del settore interessato;
- 4) ulteriori norme di garanzia e incompatibilità;
- 5)dall’assenza di qualsiasi indebito condizionamento.

I CET devono garantire l’indipendenza rispetto al sito di sperimentazione clinica.

I CET di cui all’art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018, sono organismi indipendenti ai quali sono attribuite le competenze di cui al comma 10 del citato art. 2, ossia per la valutazione delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici e sui medicinali per uso umano di Fase I, II, III e IV per gli aspetti compresi nella parte II della relazione di valutazione, di cui all’articolo 7 del Regolamento (UE) n. 536/2014, ivi inclusa la valutazione degli aspetti relativi al protocollo di studio, compresi nella parte I della relazione di valutazione di cui all’art. 6 del regolamento (UE) n. 536/2014 congiuntamente con l’Autorità competente.

I CET sono, altresì, competenti in via esclusiva per la valutazione di indagini cliniche sui dispositivi medici e di studi osservazionali farmacologici prospettici (art. 1 Decreto 26 gennaio 2023 “Individuazione dei quaranta Comitati Etici” e art. 1 Decreto 30 gennaio 2023 “Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici territoriali”).

I CET possono esercitare anche le attività sin qui svolte dai Comitati Etici pre-esistenti (definiti dal Decreto «Comitati Etici locali»), concernenti ogni altra questione sull’uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull’impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull’uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei Comitati Etici, inclusi gli studi osservazionali retrospettivi nelle more di eventuali aggiornamenti normativi e qualsiasi altra tipologia di studio avente altro oggetto di indagine solitamente sottoposta al parere dei Comitati Etici, nonché le funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca

clinica e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona, ove non già attribuite a specifici organismi.

Per tali attività residuali la competenza rimane del CET di Area Vasta cui afferisce l’Azienda sanitaria/IRCCS interessata/o, sia che si tratti di studi monocentrici che multicentrici, anche laddove il promotore sia esterno, sempre garantendo l’indipendenza di cui all’art. 4 del Decreto 30 gennaio 2023 “Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici territoriali”.

La nomina dei Componenti dei CET, secondo quanto previsto dall’Art. 3 del DM 30 gennaio 2023, è stata formalizzata con deliberazione di Giunta Regionale n 923 del 05/06/2023 previa avvenuta acquisizione di disponibilità da parte dei candidati mediante avviso pubblico regionale di cui alla Determinazione n. 70 del 15/03/2023 “Avviso pubblico per l’acquisizione di disponibilità alla nomina dei componenti dei Comitati Etici Territoriali (CET) della Regione Emilia-Romagna e del Comitato Etico regionale, sezione A, valevole anche per l’istituzione dell’elenco degli esperti di cui all’art. 3, comma 5, del D.M. 30 gennaio 2023”.

La composizione dei CET garantisce l’interdisciplinarietà e la complementarità delle qualifiche e dell’esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti e ad assolvere alle funzioni attribuite.

Nei casi di valutazioni inerenti ad aree non coperte dai propri componenti, i CET convocano, per specifiche consulenze, Esperti esterni al comitato stesso. Tali Esperti sono individuati nell’apposito elenco predisposto a seguito dell’avviso pubblico di cui sopra, approvato con deliberazione di Giunta Regionale (GPG/2023/1041).

La partecipazione degli Esperti ai lavori dei Comitati Etici è a titolo gratuito.

Ai componenti dei CET spetta un gettone di presenza, determinato in euro 300,00, nonché il rimborso per le eventuali spese di viaggio per la partecipazione alle rispettive riunioni a valere sulle entrate delle tariffe a carico dei Promotori Profit per gli studi di parte residuale e sulle quote percentuali delle tariffe trasferite dall’AIFA ai comitati etici competenti ai sensi dell’art. 3, comma 5 del DM 30 gennaio 2023 “Determinazione della tariffa unica per le sperimentazioni cliniche, del gettone di presenza e del rimborso spese per la partecipazione alle riunioni del Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicina li per uso umano e sui dispositivi medici, dei comitati etici territoriali e dei comitati etici a valenza nazionale.”. Il gettone di presenza è previsto per ciascuna giornata di sedute indipendentemente dalla natura commerciale ovvero non a scopo di lucro delle sperimentazioni cliniche o relative modifiche sostanziali in valutazione.

I componenti dei CET restano in carica tre anni. Il mandato non può essere rinnovato consecutivamente più di una volta.

Il presidente non può ricoprire tale carica per più di due mandati consecutivi.

## **9.2 Il Comitato per l’Etica nella Clinica**

Il 6 febbraio 2024, su proposta dell’Assessore alle Politiche per la Salute, a voti unanimi e palesi, è stato ampliato il Comitato per l’Etica nella Clinica di Reggio Emilia e si è così identificato il Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica (COREC) della Regione Emilia-Romagna al quale l’Azienda USL di Bologna fa riferimento.

Il COREC ha le seguenti funzioni:

1. fornire consulenza etica non vincolante su casi eticamente problematici e sui processi decisionali nei quali sono presenti dilemmi o conflitti etici che richiedono un supporto di tipo etico;
2. fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017;

3. fornire pareri in merito agli aspetti bioetici connessi alle attività sanitaria e socio-sanitaria, all’allocazione e all’uso delle risorse, alla qualità delle cure e dei processi di umanizzazione della medicina;
4. promuovere iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari e socio-sanitari in materia di bioetica;
5. promuovere iniziative di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sui temi della bioetica;
6. relazionarsi con i Comitati per l’etica nella clinica nazionali e con il Comitato Nazionale per la Bioetica; hanno in cura e/o sono competenti relativamente al caso in esame.

*Suicidio Medicalmente Assistito: il percorso e le tempistiche, dalla richiesta alla risposta*

- Le Linee di indirizzo inviate dalla Direzione dell’Assessorato alle Politiche per la salute alle Aziende sanitarie della regione definiscono modalità e tempi, in caso di richieste di suicidio medicalmente assistito.
- La richiesta di suicidio medicalmente assistito (SMA) deve essere inviata alla Direzione sanitaria di un’Azienda del SSR. Alla richiesta deve essere allegata la documentazione sanitaria ritenuta necessaria per la valutazione complessiva e multidisciplinare del caso.
- La manifestazione di volontà del paziente deve essere acquisita e documentata in forma scritta e/o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare e può essere modificata in qualsiasi momento.
- La Direzione sanitaria trasmette la richiesta, entro al massimo tre giorni dal suo ricevimento alla Commissione di valutazione di Area Vasta.
- La Commissione deve effettuare, di norma, una prima visita al paziente e valutare la legittimità della richiesta alla luce dei requisiti indicati nella sentenza della Corte Costituzionale.
- La Commissione, a conclusione dell’istruttoria (20 giorni) produce una relazione che invia al COREC affinché esprima il parere di competenza entro sette giorni. Il parere formulato dal COREC, obbligatorio ma non vincolante, deve essere inviato alla Commissione di valutazione, la quale predispone una dettagliata relazione conclusiva.
- La relazione conclusiva deve essere trasmessa entro cinque giorni, corredata dal parere del COREC, al paziente o suo delegato e al Direttore sanitario dell’Azienda sanitaria territoriale di competenza e al Direttore sanitario dell’Azienda ospedaliera nel caso di paziente ricoverato.
- In caso di parere favorevole della Commissione, la Direzione sanitaria dell’Azienda dove deve essere svolta la procedura assicura l’attuazione della stessa attraverso l’individuazione di personale adeguato, individuato su base volontaria, il rispetto dei tempi e delle modalità previste, fornendo quanto indicato nella relazione conclusiva ed assicurandone la gratuità.

La procedura deve avvenire non oltre sette giorni dal ricevimento della relazione conclusiva della Commissione.

### **9.3 Il Programma di Bioetica Clinica Applicata**

I profondi e radicali mutamenti sociali, il susseguirsi delle scoperte scientifiche, l’introduzione di tecnologie sempre più raffinate, lo spostamento dei parametri morali ippocratici verso un maggior rispetto dell’individuo, i gravi problemi

provocati dall’affidamento dell’assistenza a complessi sistemi di protezione della salute, infine i dilemmi spesso tragici nati dalla necessità di allocare risorse limitate in risposta a bisogni sempre crescenti: tutto questo genera una realtà complessa, espressione di una trasformazione epocale che la medicina non può vivere soltanto come delega affidata alla politica o sottratta al confronto col corpo sociale.

È necessario, non solo di fronte a situazioni eticamente estreme ma anche nella prassi quotidiana, disporre di uno strumento metodologico che consenta l’acquisizione di algoritmi interpretativi della complessità dell’esperienza, tenti di indicare i confini di nuove responsabilità (compresa quella nei confronti delle future generazioni), proponga una rinnovata alleanza tra medico e paziente a fondamento di una deontologia capace di adesione al reale, pur nel rispetto dei principi immutabili del giuramento ippocratico.

Una buona pratica medica deve includere oggi anche una componente etica.

Le decisioni che il medico è chiamato a prendere non sono solo tecniche — mediante l’applicazione delle conoscenze di base e delle scienze cliniche ai problemi del singolo paziente —, ma anche morali.

Questa seconda dimensione cresce proporzionalmente alla prima: i valori culturali, le aspirazioni soggettive, la concezione della qualità della vita propria del paziente fanno sì che le ‘indicazioni mediche’, particolarmente quelle di una medicina così sofisticata e potente come è quella dei Paesi ad alto sviluppo tecnologico, non coincidano necessariamente con ‘il bene del paziente’.

Il decennio trascorso ha visto crescere, parallelamente allo sviluppo della riflessione bioetica negli ambiti della biologia, della genetica, dell’ecologia e delle politiche sanitarie, l’attenzione ai problemi etici che sorgono al letto del paziente.

La componente tecnica della medicina dice quello che si può fare, mentre quella morale dice ciò che si dovrebbe fare. L’armonizzazione tra l’una e l’altra dimensione è il compito della bioetica clinica.

Essa è una componente essenziale di una pratica sanitaria che si prefigga un alto livello di qualità.

Per tale motivo l’Azienda USL di Bologna ha deliberato il Programma di Bioetica Clinica Applicata nel gennaio 2024, con il compito di .

- implementare e coordinare gli interventi di valutazione e di consulenza di Bioetica Clinica Applicata in area metropolitana;
- promuovere e organizzare la formazione sulle tematiche di bioetica in ambito sanitario e sociosanitario;
- promuovere e organizzare eventi formativi rivolti alla cittadinanza, con lo scopo di promuovere la conoscenza di tematiche bioetiche;
- sviluppare l’attività di ricerca sulle tematiche di bioetica;
- promuovere l’integrazione con il Programma di Bioetica Clinica Applicata in tutti i PDTA potenzialmente interessati;
- promuovere l’applicazione della legge 219/2017 in tutti i contesti assistenziali dell’area metropolitana;
- segnalare al costituendo Comitato di Etica Clinica Regionale le situazioni che richiedono una discussione sovra aziendale nell’ambito del Comitato di Etica Clinica stesso;
- strutturare un sistema di registrazione, refertazione e monitoraggio nell’ambito di applicativi informatici aziendali;
- rendicontare i dati di attività;
- attuare una gestione appropriata delle risorse strutturali, tecnologiche e materiali affidate;
- gestire le risorse professionali assegnate al Programma e valorizzare i professionisti;
- collaborare con le UU.OO. e con i livelli istituzionali di diretto riferimento;
- garantire che le attività e le funzioni assicurate dal Programma saranno coerenti e pertinenti al mandato affidato dalla Direzione Aziendale al Dipartimento di afferenza e agli obiettivi negoziati annualmente dal responsabile del Programma attraverso il processo di budget.

E con gli obiettivi specifici di :

- Garantire in ambito dipartimentale , aziendale e interaziendale di Bologna e in tutti i nodi assistenziali (ospedalieri e territoriali), consulenze di bioetica Clinica applicata, attraverso il confronto sul campo in grado di fornire strumenti teorico-pratici ai professionisti coinvolti nei processi decisionali in ambito sanitario, di fronte a dubbi o conflitti morali che emergono nella pratica clinica e negli aspetti organizzativi collegati;
- supportare, attraverso la condivisione, i professionisti ospedalieri e territoriali dell’area metropolitana di Bologna che, quotidianamente, si misurano con problemi decisionali e con dilemmi morali che sono particolarmente evidenti in situazioni dove entrano in gioco, ad esempio, l’autonomia del paziente, i conflitti decisionali tra le varie parti coinvolte, le condotte professionali e le responsabilità, i processi comunicativi messi in atto nel percorso di cura, le decisioni di fine vita, la sospensione o limitazione di trattamenti invasivi, la futilità e i trattamenti appropriati, la sedazione palliativa profonda;
- sensibilizzare all’approccio bioetico tutti i professionisti coinvolti nei progetti di cura, come applicabile ad ogni singolo caso;
- supportare i processi comunicativi con tutte le figure coinvolte, sanitari, non sanitari (in particolare i familiari);
- promuovere il sostegno dei fiduciari nominati attraverso Disposizioni Anticipate delle Cure e nel percorso di Pianificazione Condivisa delle Cure, con particolare attenzione alle situazioni in cui la persona interessata non è in grado di esprimere le proprie volontà e si condividono le scelte con i familiari;
- incrementare la diffusione del modello di presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare delle persone malate e della loro rete di relazioni;
- incrementare la consapevolezza dell’importanza del consenso informato, progressivo, elaborato e compreso;
- strutturare le procedure di attivazione e di attuazione delle Consulenze di Bioetica Clinica Applicata;
- promuovere e organizzare la formazione sulle tematiche di bioetica in ambito sanitario e sociosanitario;
- promuovere e organizzare eventi formativi rivolti alla cittadinanza, con lo scopo di promuovere la conoscenza di tematiche bioetiche;
- sviluppare l’attività di ricerca sulle tematiche di bioetica;
- strutturare le procedure di valutazione e segnalazione al costituendo Comitato di Etica Clinica Regionale delle situazioni che richiedono una discussione sovra aziendale nell’ambito del Comitato di Etica Clinica stesso.

#### **9.4 Le Linee di indirizzo in tema di informazione al paziente e consenso ai trattamenti sanitari.**

**Il Consenso Informato.** L’onere d’informazione del professionista della salute, in particolare del medico-chirurgo, nei confronti del/la paziente, è comunemente recepito ormai da decenni sia dalla giurisprudenza di merito sia di legittimità, frutto dell’elaborazione con cui i giudici hanno supplito alle carenze normative in materia fino alla promulgazione della legge 219/2017, con la conseguenza di un radicale mutamento di prospettiva, da una filosofia nella quale il/la paziente era visto/a come un mero soggetto passivo del trattamento medico, a un diverso presupposto, in base al quale l’adesione alla prestazione sanitaria si trasforma in un vero e proprio consenso, rappresentato dal convergere delle volontà verso un comune piano d’intenti (secondo la felice espressione, utilizzata da Tribunale di Venezia, nella sentenza 4 ottobre 2004).

Talora si è anche definita tale “nuova” prospettiva di collaborazione tra medico e paziente, come “alleanza terapeutica”, anche se, in verità, è assai difficilmente raggiungibile e si tratta più di una dichiarazione d’intenti che di un obiettivo realmente conseguibile, perché l’asimmetria conoscitiva e relazionale è assai difficile da superare veramente.

Negli ultimi anni, anche nel nostro Paese si è affermata una concezione “personalistica” del rapporto medico-paziente che considera la tutela dell’integrità psicofisica personale o, meglio, della salute, non più in funzione di un prevalente interesse superiore, nazionale o sociale, ma come un bene dell’individuo: come recita l’art. 32 Cost. “un fondamentale diritto dell’individuo” (ed è l’unico così definito dalla Carta Costituzionale italiana).

L’obbligo d’informare il/la paziente è desumibile dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione: la prima norma fa riferimento al riconoscimento costituzionale dei diritti dell’uomo e dei doveri di solidarietà sociale, mentre a proposito dell’inviolabilità della libertà personale (art. 13), essa comprende la libertà di salvaguardare la propria salute e la propria integrità fisica, poiché le restrizioni a tali diritti possono essere compiute soltanto per, e con, un atto motivato dell’autorità giudiziaria, e nei soli casi e modi previsti dalla legge che, in ogni caso, non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Anche per il nostro ordinamento, così come per tutti gli altri Paesi occidentali, il tema del consenso informato in campo sanitario costituisce uno degli snodi problematici all’incrocio fra la tutela dei diritti fondamentali della persona, l’autonomia della scienza medica, la decisione sulla corretta allocazione delle risorse sanitarie e l’eticità delle scelte, in particolare qualora esse coinvolgano le fasi finali della vita di un/una paziente.

Negli ultimi anni il dispiegarsi del consenso informato, punto d’approdo della relazione di cura, ha assunto nuove colorazioni, non tanto e non solo in connessione con le decisioni che incidono sulla fine della vita del/la paziente e sull’interruzione o sul rifiuto di terapie salvavita, ma anche riguardo alle decisioni su trattamenti non convenzionali o sperimentali. Un elemento che caratterizza la relazione di cura concerne pure il progressivo emergere di un’attitudine sempre più esigente da parte di chi fruisce delle cure ed allo stesso tempo diffidente nei confronti dell’operato del personale sanitario che, a sua volta, reagisce in maniera tendenzialmente difensiva.

L’elenco delle norme di legge da cui si desume il dovere d’informazione è piuttosto lungo: la norma generale su cui si fonda il consenso è l’art. 33, commi 1 e 5 della legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che ribadisce – richiamando l’art. 32 Cost., cpv. - la volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari (principio confermato dalla L. 180/1978 relativamente alla volontarietà dei trattamenti psichiatrici, salvi i casi espressamente previsti).

Altre norme hanno previsto esplicitamente l’acquisizione del consenso, anche per iscritto, tuttavia con la legge 219/2017 le indicazioni dei codici deontologici delle professioni sanitarie (segnatamente di quello di Deontologia Medica) e le disposizioni normative sono tutte superate dalle chiarissime declinazioni di cui alla legge predetta. Si sottolinea, però, l’importanza di due documenti precedenti, da considerare tuttora: il primo è quello adottato dal Comitato Nazionale per la Bioetica il 2 giugno 1992, intitolato: “Informazione e consenso all’atto medico”, che affronta le principali tematiche in materia di consenso informato, da un punto di vista sia sociologico, sia giuridico, sia operativo e può ancora fornire utili spunti di riflessione; il secondo è la Convenzione Europea fatta ad Oviedo sui “Diritti dell’uomo e la biomedicina”, adottata il 4 aprile 1997 e recepita nell’ordinamento italiano con la L. 145/2001 che, oltre ad enunciare espressamente la necessità di un consenso informato all’atto medico, regola anche aspetti di dettaglio. Altre indicazioni fondamentali sono contenute nel Codice di Deontologia Medica, così come per le altre professioni nei rispettivi Codici Deontologici, anche se – come rimarcato chiaramente dalla L. 219/2017 - l’acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario è appannaggio del medico, pur con la collaborazione delle altre professioni sanitarie.

Le regole deontologiche non si limitano ad un valore etico o di principio, ma sono da considerare come parametri valutativi di correttezza e diligenza della condotta, soprattutto in relazione alla tematica del consenso informato: pertanto, oltre a delineare la correttezza dei comportamenti professionali, fornisce parametri valutativi agli organi giudicanti.

Nell’ottica suddetta, il sanitario è chiamato a colmare il gap conoscitivo del/la paziente e, pertanto, ad illustrare, informare, prospettare le possibili soluzioni ed alternative diagnostico-terapeutiche, affinché il/la paziente possa esprimere, consapevolmente, il proprio consenso, senza che l’esercente la professione medica possa sostituirsi a chi riceverà il trattamento.

Una prima questione riguarda il momento in cui è prestato il consenso dalla persona interessata, il che, dal punto di vista strettamente giuridico, si ricollega al problema della natura del rapporto che intercorre tra medico e paziente. Il processo di *shared decision making* fra sanitario e paziente è un modo privilegiato di condurre la relazione clinica, vale a dire che il c.d. *shared decision-making process* collide, dal punto di vista del clinico, con l’incertezza che sottende alla

scienza medica ed alla pratica clinica, quindi con l’inevitabile variabilità fra i diversi curanti in termini di conoscenze, di aggiornamento professionale, di conflitti d’interesse, d’inclinazione all’esercizio della medicina difensiva.

Dal lato del/la paziente, tale processo stride con la cronica mancanza di conoscenze scientifiche, di comprensione del linguaggio tecnico e delle statistiche.

Quanto si definisce *sharing will*, in molti casi – anzi nella maggior parte di essi – non sussiste e conduce semplicemente a un’adesione acritica della persona paziente alle proposte trattamentali del curante, indipendentemente dal loro livello di appropriatezza. Pertanto, l’*empowerment* e l’*engagement* di chi fruisce di prestazioni sanitarie assume un’importanza cogente ed improcrastinabile. La revisione della letteratura internazionale sul tema dell’adesione consapevole alle cure da parte della persona assistita evidenzia chiaramente un’importante evoluzione terminologica dal concetto *di informed consent* (letteralmente consenso informato) verso una forma di *patient-basedn consent* per arrivare a quanto si definisce *shared decision making* (processo decisionale condiviso) o, ancora più nel dettaglio, *shared and ethical decision making process*.

La nuova terminologia dovrebbe esprimere l’importanza del professionista sanitario come guida alla decisione del/la paziente: il medico che non decide solo per, ma decide con, nel rispetto dei ruoli, delle responsabilità e delle reciproche autonomie.

I professionisti sanitari sono, peraltro, eticamente e giuridicamente tenuti a guidare la scelta della persona assistita perseguitando il suo miglior interesse di salute, fornendo da un lato informazioni complete sul profilo rischi-benefici delle diverse opzioni di trattamento e, dall’altro, supportando tale scelta anche nel rispetto del sistema di valori e delle preferenze della persona.

Il processo decisionale condiviso è il fondamento della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico “...nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l’équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell’unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo” (art. 1, comma 2, legge n. 219/2017).

## **9.5 La Legge Lenzi 219/2017**

La Legge 14.12.2017 n. 219, spesso chiamata Legge Lenzi, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 16.01.2018 denominata “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, affronta il tema del consenso al trattamento sanitario in maniera specifica.

All’articolo 1 il Legislatore, richiamati i principi costituzionali e internazionali già sopra citati, statuisce che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.”

**Il Consenso Informato** diventa quindi il fondamento della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del professionista.

La legge Lenzi sottolinea, inoltre, che contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, tutti gli esercenti una professione sanitaria che compongono l’équipe sanitaria, richiamando quindi sia il Codice di Deontologia Medica sia il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.

La legge Lenzi 219/2017 stabilisce, altresì, che il tempo della comunicazione e del dialogo tra medico, professionisti sanitari e paziente costituisce, a tutti gli effetti, tempo di cura.

Il consenso, quindi, non si qualifica come un mero atto formale e burocratico, ma rappresenta la condizione imprescindibile che caratterizza in modo specifico e unico l’atto sanitario, la cui manifestazione è il risultato del rapporto, o meglio dell’*alleanza terapeutica*, tra la persona e il professionista.

Si aggiunge che l’obbligo di ottenere il consenso informato del paziente è del tutto autonomo rispetto alla corretta esecuzione e alla riuscita del trattamento sanitario proposto, configurando, quindi, una fonte di responsabilità distinta per il professionista, qualora lo stesso abbia omesso di raccogliere il consenso informato.

**Il colloquio informativo.** Il fondamento del processo informativo è il colloquio con la persona assistita: in relazione alle caratteristiche del caso (capacità di comprensione, livello d’informazione recepta, tipo di patologia, “portata” del trattamento proposto, particolarità del *setting* di cura); il processo informativo potrebbe esigere anche più colloqui informativi, trattandosi di un processo dinamico ed in continua evoluzione.

In tutti i casi in cui si prospetti la necessità di effettuare una determinata procedura diagnostico-terapeutica, il/i medico/i dell’équipe sanitaria coinvolta nella relazione di cura deve/devono informare il/la paziente, ricordando quanto segue:

- a. chiedere se la persona è interessata a ricevere personalmente l’informazione e a gestire direttamente il processo di consenso oppure se preferisce delegare ad un’altra persona;
- b. chiedere se la persona è interessata, nel momento contestuale alla firma del consenso, a ricevere informazioni solo relativamente alla procedura diagnostico-terapeutica oppure anche alle sue indicazioni rispetto alla patologia riscontrata;
- c. chiedere se desidera che il colloquio informativo si svolga alla presenza dei suoi familiari o della parte dell’unione civile o del convivente ovvero di qualsivoglia persona di sua fiducia;
- d. indicare espressamente nel modulo di acquisizione del consenso informato quali soggetti la persona interessata ha deciso di far presenziare al colloquio informativo. Il coinvolgimento di familiari o di altre persone di riferimento e significative per la vita di relazione indicate dal/la paziente non implica necessariamente che una o più siano individuate come persone di fiducia, ai sensi dell’art. 1, comma 3, della L. 219/2017 a cui, invece, è attribuito il compito di ricevere le informazioni e di prestare il relativo consenso (o dissenso informato) in sua vece, nell’ipotesi di esercizio del diritto - da parte della persona assistita - a non essere informata delle proprie condizioni di salute e ad indicare una persona di fiducia incaricata per l’espressione del consenso o del dissenso, segnalando nel modulo, nella cartella clinica, nel FSE;
- e. fare in modo che il colloquio informativo si svolga in una situazione ambientale il più possibile tranquilla, senza interruzioni e dedicando il tempo necessario al caso specifico (art. 1, comma 8, legge n. 219/17 “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”);
- f. garantire la tracciabilità di modalità e contenuti del colloquio informativo compilando scrupolosamente in ogni sua parte il modulo di acquisizione, facendo attenzione a contrassegnare la modalità prescelta (consegna di materiale informativo specifico, annotazione in cartella clinica di una sintesi delle informazioni rese durante il colloquio, ecc.);
- g. la data da indicare in calce al modulo è quella in cui avviene il primo colloquio informativo (di norma antecedente la data dell’acquisizione del consenso/dissenso), in modo da consentire il dipanarsi di un processo dinamico in più tappe, o almeno in due tempi;
- h. se sono stati necessari più colloqui informativi, documentarne la data e garantire la tracciabilità delle informazioni rese alla persona assistita nella documentazione sanitaria o in cartella clinica o utilizzando più di un modulo;
- i. garantire la disponibilità dell’équipe ad ulteriori colloqui/approfondimenti con il/la paziente o i rappresentanti legali e/o le persone di riferimento/di fiducia (fornire, quando applicabile al caso, un recapito telefonico o altro riferimento contattabile, es. e-mail, con reale disponibilità all’interlocuzione).

La legge 219/2017, al comma 4 dell’art. 1, prescrive che il consenso sia acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del/la paziente e che sia documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

La relativa documentazione deve poi essere inserita nella cartella clinica e/o nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Sebbene la documentazione in forma scritta (o videoregistrata o acquisita mediante dispositivi per la comunicazione) rappresenti la modalità migliore per provare l’avvenuta acquisizione del consenso, si condivide l’interpretazione secondo cui la legge, in realtà, non imporrebbe modalità predeterminate per l’acquisizione di un valido consenso: ciò in ottemperanza al principio della libertà della forma, vincolato al raggiungimento dello scopo sostanziale dell’istituto.

### **9.5.1 Le Disposizioni Anticipate di Trattamento**

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed ai singoli trattamenti sanitari.

Può, altresì, indicare una persona di sua fiducia, denominata “fiduciario”, che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico/équipe/struttura sanitaria. Se non è presente un fiduciario (o di un suo sostituto a suo tempo designato), in caso di necessità, il Giudice tutelare può provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno.

Le DAT sono redatte con atto pubblico o scrittura privata autenticata o con scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l’ufficio dello stato civile del Comune di residenza, che provvede all’annotazione in apposito registro, ove istituito.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in qualsiasi momento.

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, soltanto in accordo con il fiduciario, qualora appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alle condizioni cliniche attuali del paziente oppure sussistano terapie, non prevedibili all’atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

In caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, la decisione è rimessa al Giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Con successivo decreto del 10 dicembre 2019, n. 168, il Ministero della Salute ha approvato il regolamento concernente la Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento, finalizzata alla raccolta di copia delle DAT e della nomina del fiduciario (e di un eventuale sostituto), garantendone il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca. La Banca Dati Nazionale consente l’accesso sia da parte del medico che ha in cura il paziente, in situazione di incapacità ad autodeterminarsi di questi, sia da parte del disponente, sia del fiduciario e del sostituto eventualmente nominato.

Alimentano la Banca Dati Nazionale:

- gli ufficiali di stato civile dei Comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, e gli ufficiali di stato civile delle rappresentanze diplomatiche o consolari all’estero;
- i notai e i capi degli uffici consolari italiani all’estero, nell’esercizio delle funzioni notarili;

- i responsabili delle unità organizzative competenti nelle Regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT.

La consultazione della Banca Dati Nazionale delle DAT può avvenire tramite SPID, CIE o CNS accedendo al sito: [https://dat.salute.gov.it/dat\\_spid\\_login/](https://dat.salute.gov.it/dat_spid_login/).

Nella consultazione delle DAT al medico che accede al portale si chiede di dichiarare:

- di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione medico – chirurgica e di essere regolarmente iscritto in Italia ad uno degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- di stare effettuando trattamenti sanitari o accertamenti diagnostici o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per il/la paziente/disponente individuato mediante nome, cognome e codice fiscale;
- che il/la paziente/disponente di cui si desidera visualizzare le Disposizioni Anticipate di Trattamento– è incapace di autodeterminarsi.

Come si può osservare dalla norma non sono previsti moduli, né indicati specifici contenuti (se non il generico riferimento a “il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari”). Genericamente dovrebbero contenere le situazioni sanitarie per le quali si intende prevedere un certo tipo di assistenza e, quindi, indicare i trattamenti sanitari da attuare o evitare (inclusi i trattamenti di sostegno vitale).

I sanitari possono essere coinvolti, rispetto alle DAT, sostanzialmente in due “momenti”: quello della loro formulazione, quando il soggetto (sano o, se mai, con malattia all’esordio e praticamente asintomatica) è capace di intendere e di volere, fornendo alla persona le informazioni necessarie per scegliere i trattamenti che intende accettare/rifiutare (art. 4, comma 1: “[...]dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte”), e quello della loro applicazione, nel momento in cui sopraggiunga un’incapacità del soggetto ad autodeterminarsi.

In questa seconda circostanza il medico, con le modalità sopra riportate, potrà:

- 1) accedere alle DAT del paziente e
- 2) conoscere il nominativo e i dati del fiduciario (e/o sostituto), qualora presente, rapportandosi con lui per le successive scelte terapeutiche.

Una volta acquisite le DAT tramite l’accesso alla Banca Dati Nazionale, i sanitari devono attenersi a quanto stabilito dal comma 5 dell’art. 4, ossia rispettare le disposizioni anticipate di trattamento, le quali possono essere disattese, in tutto o del parte, dal medico stesso, in accordo col fiduciario (o sostituto, se nominato), qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del/della paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all’atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

### **9.5.2 Le Pianificazioni Condivise delle Cure**

La L. 219/2017 introduce all’art. 5 uno strumento apparentemente “innovativo” nell’ordinamento giuridico. La «pianificazione condivisa delle cure» compare, infatti, per la prima volta in un testo normativo; a ben guardare, ci si accorge che si tratta di un modus operandi da tempo diffuso nelle migliori prassi cliniche, con particolare (ma non esclusivo) riguardo alla programmazione terapeutica per pazienti affetti da gravi malattie croniche degenerative a prognosi infausta (nota come Pianificazione Anticipata delle Cure o *advanced directives* del mondo anglosassone).

La Pianificazione Condivisa delle Cure si presenta, in questo senso, come una particolare specie di consenso “progressivo”. Sembra, dunque, che la fattispecie tipizzata dal legislatore all’art. 5, quella della «patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta», sia strettamente connessa alla L. 38/2010 (richiamata dal primo comma dell’art. 2, L. n. 219/2017), rispetto all’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, secondo la quale le strutture sanitarie debbono assicurare un «programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia».

L’istituto di cui all’art. 5 è destinato ad operare quando si prevede che il rapporto di cura sarà “bifasico”: la pianificazione condivisa inizia, infatti, con un paziente capace di interagire direttamente con il personale sanitario (“fase

I”), ma è destinata ad operare anche quando il paziente perderà tale possibilità (“fase II”). È interessante notare, in proposito, come la «condizione di non poter esprimere il proprio consenso» è ampiamente assimilabile a quella in cui il paziente si trovi in «una condizione di incapacità» (da leggersi, in coerenza con l’art. 4, primo comma, come «di autodeterminarsi»). Il dato normativo è ampio e permette di comprendere tutti i casi in cui il paziente, dapprima in grado di interloquire direttamente con il personale curante, venga a trovarsi in una condizione di incapacità tale da non essere più in grado «di prendere decisioni libere e consapevoli».

La forma ed il contenuto della Pianificazione Condivisa delle Cure La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) è uno strumento che, per lo scopo prefissato, presenta un’elevata potenzialità di personalizzazione sulla base delle caratteristiche del/la paziente, delle sue condizioni di salute, dei suoi valori e del suo credo personale, nonché delle scelte che intende intraprendere, anche anticipatamente, rispetto alle opzioni di cura prospettate. In tal senso l’utilizzo di moduli per la redazione della PCC non pare adeguato a raggiungere le finalità sopra descritte, per quanto lo scritto in forma libera in cartella clinica/nella documentazione sanitaria in spazi non consecutivi potrebbe renderne difficile la lettura coordinata: il raggruppamento dei colloqui di PCC all’interno di un unico documento chiaramente nominato, riconoscibile e aggiornabile di volta in volta, faciliterebbe tale compito. Ciononostante, si ritiene utile indicare alcuni contenuti che, nella graduale e progressiva condivisione e costruzione della PCC, possono essere presenti all’interno del documento che dovrà essere poi allegato alla cartella clinica, alla cartella ambulatoriale o alla cartella di cure domiciliari.

Una Pianificazione Condivisa delle Cure può contenere i seguenti elementi:

- i dati relativi all’équipe di cura (integrata);
- le informazioni (e la loro comunicazione) relative alla diagnosi, al percorso di malattia (inclusi i suoi possibili effetti sulla qualità di vita), alla prognosi, ai trattamenti in corso ed ai vantaggi/svantaggi di possibili trattamenti futuri, nonché alle alternative di cura;
- l’esplorazione di quanto la persona ha compreso in merito alla PCC e l’esplorazione degli obiettivi,
- degli elementi costitutivi, dei benefici e dei limiti della PCC e delle sue capacità di discernimento nella fase di pianificazione;
- l’esplorazione delle esperienze individuali legate allo stato di salute, conoscenze, preoccupazioni e valori personali relativi alle dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e spirituali;
- l’eventuale chiarimento rispetto agli obiettivi e alle preferenze per futuri trattamenti e cure, incluse le manovre rianimatorie in emergenza-urgenza, le cure palliative e la sedazione palliativa profonda; l’eventuale nomina di un fiduciario (ed eventuale sostituto) e il suo ruolo come persona che potrà agire in nome e per conto del/la paziente quando sarà incapace di esprimere le proprie preferenze.

Il documento dovrà essere poi datato (indicando anche le date relative a precedenti colloqui) e sottoscritto dall’équipe curante, dal/la paziente e dall’eventuale fiduciario (o sostituto) designato. Nel caso in cui le condizioni fisiche della persona interessata dalle cure e/o con disabilità non rendano possibile l’espressione di un consenso scritto, il consenso alla PCC e l’indicazione del fiduciario (o sostituto) possono avvenire attraverso videoregistrazione oppure tramite dispositivi che le consentano di comunicare e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Nel caso di dubbi/perplessità in merito alla gestione del processo di PCC, è possibile richiedere una consulenza contattando, almeno telefonicamente, il medico-legale ed il medico palliativista.

**L’autonomia decisionale della persona malata deve essere promossa e sostenuta** attraverso una comunicazione empatica ed una relazione medico-équipe sanitaria/persona malata che si esprime al meglio nella medicina delle scelte condivise, nell’ambito della quale l’espressione delle volontà del/la paziente non solo non compromette la relazione, ma sottolinea il valore della fiducia e della reciprocità.

Oltre che perseguire la strada della correttezza medico-legale, deontologica e dell’umanizzazione della medicina che consiste nella valorizzazione dell’autonomia dei destinatari delle cure, è importante, tuttavia, non sottovalutare gli ostacoli che il consenso informato incontra nell’ambito delle cure nei casi di malattie gravi.

Tra i principali elementi potenzialmente ostacolanti vi è l’interposizione dei familiari nella veste di interlocutori privilegiati o esclusivi degli operatori sanitari, l’incertezza circa la volontà della persona malata di essere informata e coinvolta nelle scelte sulle cure, la pregressa disinformazione, nonché la sua frequente inidoneità a manifestare la propria volontà in relazione ai trattamenti eticamente più problematici. Si tratta di ostacoli ben noti ai professionisti, che rendono innegabilmente difficile, ma non impercorribile, la strada della pratica assistenziale improntata al consenso informato anche in tale ambito di cura. Occorre sottolineare che esiste un tempo dell’informazione e un tempo delle emozioni.

Quando una persona viene informata sul suo stato di malattia non guaribile è necessariamente alle prese con le forti emozioni suscite dalle parole del sanitario e spesso tali emozioni impegnano ogni sua energia psichica, al punto da non permetterle di ascoltare e comprendere pienamente quanto è spiegato.

Un consenso ad un trattamento richiesto, dato e firmato in una fase di “negazione” della malattia può sostanzialmente modificarsi nel corso di una graduale e progressiva acquisizione di consapevolezza dello stadio della malattia. Un consenso informato pienamente consapevole spesso si raggiunge “nel tempo” che è il tempo dell’elaborazione della consapevolezza. Questo consenso “progressivo” può quindi essere utile per garantire la tutela della reale autodeterminazione, che è il principio su cui si fondano il consenso informato e la Pianificazione Condivisa delle Cure, senza imporre ex abrupto e ab initio “il consenso informato perfetto”, tradizionalmente ideato e modellato su condizioni (intervento chirurgico, trasfusione, ecc.) diverse dalla pianificazione del percorso di una malattia inguaribile.

Il consenso “progressivo” si fonda quindi su un rapporto malati-curanti basato sulla condivisione delle responsabilità e, per quanto possibile, dai limiti imposti dalla malattia, sulla collaborazione tra soggetti con pari dignità. Uno degli elementi che emotivamente trattiene il professionista non esperto nell'affrontare una Pianificazione Condivisa delle Cure - o che muove il familiare a chiedere di non intraprendere tale percorso, anche se desiderato dal paziente - è rappresentato dal timore di “togliere la speranza”, esigenza richiamata anche nel codice deontologico delle diverse figure professionali.

La comunicazione onesta tiene conto della profonda differenza che esiste fra sostenere una speranza e alimentare un’illusione.

La speranza ha una dimensione esistenziale che non è incompatibile con la consapevolezza dei limiti (limite delle terapie, dell’efficacia di un farmaco, della propria vita) e permette scelte adeguate e coerenti con la realtà della situazione che la persona malata è messa, con delicatezza, gradualità e rispetto, nelle condizioni di valutare: la speranza è consapevole.

L’illusione impedisce un esame onesto della realtà, rimanda ad una situazione irrealizzabile, non più possibile e non permette, quindi, di fare scelte in linea con quelle che il/la malato/a farebbe se fosse pienamente consapevole: ostacola l’acquisizione non solo dell’autonomia, ma anche della competenza decisionale massima possibile (in quello specifico contesto) che il consenso informato invece richiede affinché possa esprimere la sua piena validità.

In tal senso i Servizi di Cure Palliative rappresentano un utile supporto, per gli aspetti comunicativi (anche eventualmente a distanza), al professionista ancora non esperto che deve intraprendere un percorso di “costruzione” di una Pianificazione Condivisa delle Cure. L’aggiornamento della Pianificazione Condivisa delle Cure, oltre a compiersi con la progressione della consapevolezza di malattia, deve, infine, essere svolto anche al variare delle condizioni cliniche del/la paziente (progressione di malattia, transizione nella tipologia o setting di cura) e con l’avanzare dell’età.

Per quanto sin qui affermato, poiché i valori e le preferenze possono cambiare nel tempo, è necessario, dunque, che la documentazione relativa alla PCC sia aggiornata ogni qual volta il medico ne ravvisi l’opportunità o su richiesta del/la paziente.

## **9.6 Le Cure Palliative**

Lo scopo delle Cure Palliative è garantire la migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia durante tutto il decorso della malattia, in tutte le fasi di malattia.

La Legge 15 marzo 2010, n.38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

(70G0056) (G.u.Serie Generale n. 65 del 79 marzo 2010)" tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative.

La legge garantisce, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge vuole garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

1. tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
2. tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine.

Nell'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - 25 luglio 2012 è specificato che vanno garantite "Cure Palliative" per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1) e che nella Rete locale di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. Di tali equipe è parte integrante il medico di medicina generale".

Le cure palliative:

- comprendono la prevenzione, l'identificazione precoce, la valutazione completa e la gestione di problemi fisici, inclusi dolore e altri sintomi debilitanti, disagio psicologico, disagio spirituale e bisogni sociali (...);
- sono proponibili nelle fasi precoci di malattia, contemporaneamente alla chemioterapia e alla radioterapia finalizzate al prolungamento del tempo di vita e includono tutti gli accertamenti necessari a meglio comprendere e gestire i sintomi e le complicazioni cliniche;
- vengono fornite in combinazione con terapie che modificano la malattia, ogni volta che è necessario;
- non affrettano né posticipano la morte, affermano la vita e riconoscono la morte come un processo naturale;
- migliorando la qualità di vita, possono anche influenzare positivamente il corso della malattia;
- forniscono sostegno alla famiglia e ai caregivers durante la malattia del paziente e nella fase del lutto (...).

«Le Cure Palliative si occupano in maniera attiva e globale di quei pazienti considerati inguaribili (la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici) per garantire loro la dignità della vita fino all'ultimo istante e alla loro famiglia il supporto indispensabile durante la malattia e nella fase del lutto.

Un servizio di Cure Palliative deve sapersi modulare offrendo la risposta più adeguata ai bisogni dei diversi nuclei paziente/famiglia nei diversi momenti della loro storia: da qui non solo l'esistenza di livelli assistenziali diversificati (domicilio, degenza, day hospice) consente di scegliere il luogo più adatto alla cura del malato tenendo conto delle esigenze cliniche e del contesto sociale di ogni singolo paziente; ma anche l'offerta di servizi dedicati alle famiglie, anche in seguito alla morte del proprio caro».

Il termine palliativo deriva dal latino "pallium", il mantello indossato dai primi cristiani e divenuto loro segno di riconoscimento nelle assemblee ecclesiastiche e nelle opere di aiuto fraterno. Il mantello era indossato nel corso dei viaggi verso i santuari, per proteggersi dalle intemperie.

Per analogia le cure palliative hanno lo scopo di proteggere il malato nella sua globalità di persona, nel viaggio della malattia. Il *pallium* richiama anche il mantello tagliato a metà e donato al viandante da San Martino.

Nel corso dei secoli il termine palliativo ha connotato tutto ciò che oggi definiremmo solidarietà, empatia, cura del corpo, intesa come sollievo da tutti i disturbi che la malattia porta con sé, ma anche degli aspetti psicologici, sociali e spirituali.

Qualunque operatore sanitario che coglie, nella persona che ha in cura, il bisogno di essere preso in carico globalmente, come Persona che ha una malattia, ma anche la Persona stessa, un suo familiare o i caregiver, possono rivolgersi alla

La presa in carico si realizza in 4 *setting* assistenziali, definiti *nodi*:

1. nodo ambulatorio con visite ambulatoriali di Cure Palliative Precoci;
2. nodo ospedale con consulenze ospedaliere di Cure Palliative;
3. nodo domiciliare con assistenza domiciliare di Cure Palliative di base o specialistiche (TAD6 e TAD7);
4. nodo hospice con ricoveri in Hospice.

La Fondazione ANT (nell’ambito del Nodo domiciliare) e la Fondazione Hospice Seragnoli ( nell’ambito del Nodo Hospice e del Nodo Ambulatoriale) hanno ruoli di assoluta importanza nella rete delle Cure Palliative , partecipano attivamente con piani di CO-progettazione allo sviluppo della Rete delle Cure Palliative dell’AUSL di Bologna.

#### **9.6.1 Le Cure Palliative Precoci**

Tutte le Persone con malattie cronico degenerative ad andamento progressivo e a prognosi infastidita (esempio persone affette da tumore con metastasi per le quali si sta facendo chemioterapia, da fibrosi polmonare, da demenza, ecc.) e i loro familiari possono essere presi in cura presso gli Ambulatori di Cure Palliative Precoci.

Possono essere presi in carico nell’ambito dell’Ambulatorio di Cure Palliative Precoci:

- i malati sintomatici o paucisintomatici, ma anche asintomatici (con Indice di Karnofsky compreso fra 80 e 50 che possono accedere all’ambulatorio con propri mezzi), affetti da patologie cronico- degenerative caratterizzate da una continua e progressiva evoluzione;
- i familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti);
- le Persone malate e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.

I dati di letteratura evidenziano che la presa in carico precoce delle Persone affette da malattia tumorale, può essere correlata ad una migliore qualità di vita, ad un livello inferiore di ansia e depressione e può influire positivamente sull’andamento della malattia.

Le Cure Palliative Precoci e Simultanee nel setting Ambulatoriale non sono da intendersi come cure di fine vita, ma di approccio palliativo precoce ad una persona con malattia inguaribile che può ancora rispondere ai trattamenti specifici, in condizioni cliniche buone/discrete in assenza di sintomi, con sintomi lievi o con sintomi disturbanti.

Le cure hanno lo scopo di rendere più consapevole la Persona malata, se possibile, e la famiglia sulla prognosi e sono una forma di sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche alla Persona malata, al familiare, al Medico di Famiglia, al medico Specialista e nel Processo di Pianificazione Condivisa delle Cure (Art. 5 L. 219/2017).

Per l’attività di Cure Palliative Precoci sono stati realizzati 19 ambulatori di Cure Palliative Precoci distribuiti su tutto il territorio dell’Azienda USL di Bologna, cinque dei quali in collaborazione con il terzo settore (Fondazione ANT e Fondazione Hospice MTC Seragnoli), coordinati dalla Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative.

Qualunque operatore sanitario che coglie, nella persona che ha in cura, il bisogno di essere preso in carico globalmente, come persona che ha una malattia, ma anche la Persona stessa o un suo familiare possono segnalare la persona alla Centrale Operativa della Rete delle Cure Palliative.

La presa in carico precoce attraverso la visita ambulatoriale di cure palliative precoci è utile perché le Persone malate hanno una malattia che deve essere curata anche nei disturbi che provoca: tutti i disturbi (i sintomi) devono essere riconosciuti, trattati con adeguate terapie e monitorati nel tempo. Inoltre le Persone malate hanno una malattia che deve essere curata, ma loro, come persone, non sono la loro malattia; le Persone non sono solo corpo, ma sono corpo e mente e globalmente devono essere prese in carico.

Le Cure Palliative Precoci lavorano insieme, e in maniera coordinata, agli specialisti, ai vari Professionisti e al Medico di Famiglia per garantire al malato e alla famiglia la presa in carico globale.

### **9.6.2 Le Cure Palliative Pediatriche**

#### **Manifesto delle Cure Palliative Pediatriche**

##### *1. Le Cure Palliative Pediatriche sono un Diritto*

Cosa: a tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale e alle loro famiglie, deve essere garantito il diritto di ricevere le cure palliative pediatriche e la terapia del dolore con la finalità di migliorarne la qualità di vita e di assistenza.

Come: le Istituzioni devono applicare le norme previste dalla legge 38/2010 e dai successivi decreti attuativi affinché le cure palliative pediatriche diventino una priorità del sistema socio-sanitario nazionale e regionale mettendo al centro non solo il paziente pediatrico ma anche tutto il nucleo familiare.

##### *2. Le Cure Palliative Pediatriche sono personalizzate secondo i bisogni del bambino*

Cosa: a tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale e alle famiglie deve essere sempre garantito il diritto alla modulazione del piano assistenziale sulla base delle caratteristiche individuali del paziente e della sua patologia. Inoltre, ai minori e alle famiglie, deve essere assicurata la possibilità di esprimere le proprie preferenze in merito alla tipologia di cure e di assistenza fornita.

Come: le Istituzioni e i professionisti devono tenere sempre in considerazione le scelte e i desideri del minore indipendentemente dall'età, dall'etnia, dalla religione e dalla patologia da cui è affetto. Devono supportare la famiglia promuovendo la pianificazione condivisa delle cure.

##### *3. Le Cure Palliative Pediatriche prendono in carico il nucleo familiare e amicale*

Cosa: tutte le famiglie e le reti relazionali - amicali dei bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale, convivono con difficoltà fisiche, psicologiche e spirituali. A queste si aggiungono problemi economici, organizzativi e lavorativi e compromissione dei rapporti interpersonali e sociali.

Come: le Istituzioni devono promuovere azioni per il sostegno, anche economico, dei caregiver familiari, dei fratelli, delle sorelle e della rete amicale del bambino (es. compagni di classe) coinvolgendo attivamente tutti gli attori presenti sul territorio (enti, reti, associazioni, scuole, etc.) sia durante le fasi della malattia sia nella gestione del lutto, nel tentativo di evitare anche il manifestarsi di disturbi post-traumatici.

##### *4. Le Cure Palliative Pediatriche promuovono lo sviluppo del bambino*

Cosa: a tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale, deve essere riconosciuto il diritto di vivere le diverse fasi di sviluppo psicologico, emotivo, comunicativo, relazionale, spirituale e sociale, adattando l'assistenza ai differenti bisogni legati alla crescita

Come: le Istituzioni e i professionisti, devono impegnarsi per evitare l'isolamento del bambino, garantendone la miglior integrazione e coinvolgimento sociale, riconoscendone le sue specificità, facilitando l'accesso alle strutture scolastiche, sportive e a tutte quelle attività che favoriscono l'inclusione.

*5. Le Cure Palliative Pediatriche hanno come obiettivo il rispetto della dignità della persona lungo tutto il percorso di cura*

Cosa: tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale devono ricevere le cure e l'assistenza secondo principi di appropriatezza e proporzione, nel rispetto della dignità individuale, evitando di arrecare al bambino sofferenze senza che a queste corrisponda alcun reale beneficio ma solo un prolungamento precario e penoso della vita.

Come: le Istituzioni e la comunità scientifica promuovono il confronto tra i professionisti sui temi di carattere etico per la definizione degli obiettivi di cura, tenuto conto del parere e dei desideri del bambino e della famiglia, al fine di adottare comportamenti che mirino al massimo miglioramento possibile della qualità di vita (intesa come benessere) del bambino, evitando l'ostinazione irragionevole, l'accanimento clinico e terapeutico, ovvero garantendo la proporzionalità delle cure anche nelle fasi rianimatorie e/o terminali di malattia.

*6. Le Cure Palliative Pediatriche si realizzano in tutti i luoghi di cura e di vita del bambino e della famiglia, attraverso un'organizzazione a rete*

Cosa: a tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale, deve essere garantita continuità assistenziale specialistica e specifica per l'età pediatrica, identificando nella casa il luogo più idoneo alle cure e facilitando la presa in carico e il passaggio tra diversi contesti (Reparto Ospedaliero, Ambulatorio, Hospice Pediatrico, Domicilio) condividendo l'assistenza con tutti i servizi socio-sanitari del territorio e prevedendo, in caso di raggiunta età e quindi nuovi bisogni peculiari, la transizione ai servizi di cura per l'età adulta.

Come: le Istituzioni si devono far carico di organizzare la rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche secondo gli standard indicati nella Legge 38/2010 e nell'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021. Assicurando ad ogni bambino e famiglia una presa in carico continua nel tempo 7 giorni su 7, 24 ore su 24, assegnando le risorse per la copertura dei bisogni dello specifico territorio.

*7. Le Cure Palliative Pediatriche prevedono la realizzazione di centri di riferimento regionali*

Cosa: tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale, devono essere assistiti da un team interdisciplinare dedicato, composto da personale formato e con comprovata esperienza in cure palliative pediatriche e terapia del dolore coordinato dal centro di riferimento regionale

Come: le Istituzioni, come da intesa sottoscritta nella Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 e del 25 marzo 2021, devono deliberare per l'istituzione dei centri specialistici regionali di cure palliative pediatriche per garantire ai bambini alti livelli di competenza e alle famiglie un unico riferimento.

*8. Le Cure Palliative Pediatriche necessitano di personale formato e di diverse competenze integrate*

Cosa: a tutti i bambini affetti da malattie croniche e inguaribili ad alta complessità assistenziale deve essere garantita la miglior qualità di cure possibile integrando diverse professionalità e competenze anche di tipo non sanitario. Il personale deve essere formato in modo specifico sia per affrontare con competenza i bisogni del paziente e della famiglia sia per evitare i rischi di burnout, tutelando l'operatività del team curante.

Come: le Istituzioni devono promuovere in tutti i contesti socio-sanitari la cultura delle Cure Palliative Pediatriche e rendere disponibile un'offerta formativa di qualità che vada dall'approccio palliativo fino alle cure palliative specialistiche, prevedendo la formazione di base, l'aggiornamento continuo e la ricerca clinica, integrando diverse figure professionali in un'ottica interdisciplinare, riconoscendo anche il valore delle attività di volontariato

Le Cure Palliative Pediatriche (CPP) sono un diritto che deve essere garantito, come definito dalla legge 38 del 15 marzo 2010. Perchè ciò avvenga è necessario che esistano servizi e professionisti specificatamente dedicati e formati e che le famiglie che ne hanno bisogno possano accedervi agevolmente.

Le Cure Palliative Pediatriche sono un approccio assistenziale in grado di garantire ai minori affetti da malattie inguaribili e alle loro famiglie la miglior qualità di vita possibile, attraverso il lavoro integrato di professionisti specializzati che si prendono carico dei bambini in ogni loro contesto di cura e di vita, sostenendo le famiglie in tutte le fasi della malattia, alleviando sofferenze fisiche, psicologiche, emotive e spirituali.

Sono ancora tanti, purtroppo, i bambini che necessitano di CPP e che non usufruiscono dei servizi della rete. Questo probabilmente a causa dell’opinione diffusa, anche tra gli operatori sanitari, che le Cure Palliative Pediatriche siano legate alle fasi terminali della malattia, sovrapponendo il concetto di inguaribilità con incurabilità. Comunicare, informare e fare cultura diventa dunque fondamentale, perché poter accedere ad informazioni corrette, ci aiuta a fare scelte adeguate.

La Rete CPP della Regione Emilia Romagna è stata istituita con una Delibera regionale nel 2019 ed è costituita da 3 nodi integrati: Ospedale, Territorio, Hospice (in costruzione da parte della Fondazione Hospice Seragnoli).

In sinergia, i diversi nodi della rete hanno l’obiettivo di garantire una presa in carico globale e attiva del bambino e della sua famiglia, riunendo tutti i professionisti e le figure coinvolte nell’assistenza, a partire dai vari specialisti medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, logopedisti e psicologi, ma anche assistenti sociali, educatori e mediatori culturali.

Il servizio offerto della Rete Metropolitana di Bologna comprende attività prettamente ospedaliere (come ad esempio il ricovero in urgenza, gli approfondimenti diagnostici, gli interventi terapeutici e le visite specialistiche) ed altre prettamente territoriali (come l’assistenza infermieristica e le visite mediche a domicilio, i percorsi riabilitativi fisio-logopedici, il supporto sociale e la continuità scolastica).

Sono 14 le Associazioni che hanno aderito e sostenuto l’iniziativa: ***Ageop, Bibli’os, Bimbo Tu, Crescere, Dishub, Fanep, Fiori Di Campo, Il Cucciolo, Il Sogno Di Stefano, Passo Passo, Piccoli Grandi Cuori, Pollicino, Ronald McDonald e Sala Presente.***

## **9.7 L’Ospedale senza Dolore**

L’Azienda USL di Bologna, tra le prime in Emilia Romagna, ha costituito sin dal 2001 il Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore, presente con i suoi rappresentanti in ciascuno dei suoi Dipartimenti Ospedalieri e nel Dipartimento di Cure primarie.

In questi anni il Comitato ha promosso e avviato alcune attività per rendere concretamente disponibili le terapie del dolore in tutti gli ospedali dell’Azienda Usl di Bologna.

Nei punti nascita dell’Azienda Usl di Bologna si può partorire senza dolore. E’ garantita sempre l’applicazione di tecniche di contenimento non farmacologico del dolore e se hai meno di 26 anni o hai già compiuto 38 anni, puoi avere gratuitamente l’analgesia epidurale. Il trattamento è gratuito anche per le donne con patologie legate alla maternità o acquisite nel periodo di gravidanza, anche nella imminenza del parto.

# **10. L’AMMINISTRAZIONE AZIENDALE**

## **10.1 Amministrazione trasparente**

Sul sito dell’Azienda USL di Bologna sono pubblicati i dati, le informazioni ed i documenti secondo le indicazioni sulla attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 e s.m.i.

Le informazioni e i dati pubblicati nella sezione **Amministrazione Trasparente** rientrano tra gli strumenti che le Pubbliche Amministrazioni mettono a disposizione dei cittadini in coerenza con i principi ispiratori del **FOIA** (*Freedom of information act*), con l’obiettivo di rendere la trasparenza non un mero adempimento ma una funzione fruibile e percepibile dai cittadini, dai professionisti e dalla intera comunità.

Questa sezione raccoglie le informazioni, i dati e i documenti di cui è prevista la pubblicazione, articolate secondo quanto indicato nello schema contenuto nel decreto e comune a tutte le pubbliche amministrazioni.

## **10.2 Riutilizzo dei dati personali**

I dati personali pubblicati in questa sezione sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riuso dei dati pubblici, così come riassunto ed indicato dalle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" (allegato alla deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15 maggio 2014, parte I paragrafo 6).

## **10.3 Bandi di gara e contratti**

Nella sezione sul sito dell’AUSL di Bologna riservata a bandi di gara e contratti sono pubblicate le informazioni relative al ciclo di vita dei contratti pubblici attivati dall’Azienda, secondo la normativa vigente e le circolari esplicative delle amministrazioni centrali e regionali.

# **11. L’ANALISI E IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE**

## **11.1 Il Dipartimento di Sanità Pubblica**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, e in particolare la U.O.C. Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio ha un ruolo fondamentale nell’analisi delle disuguaglianze nell’ambito dell’AUSL di Bologna nell’ambito delle attività svolte:

- Elaborazioni di studi epidemiologici, profili di salute, mappe delle disuguaglianze;
- Valutazioni di impatto sanitario;
- Attivazione e gestione sistemi di sorveglianza sanitaria su problematiche emergenti (ondate di calore, inquinamento ambientale, ecc.) a richiesta di enti ed associazioni;
- Redazione e diffusione ai richiedenti di specifiche relazioni;
- Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione;
- Sorveglianza e valutazione dei percorsi Screening attivati in Azienda;
- Tenuta e gestione del registro di mortalità con referenza aziendale del flusso informativo specifico;
- Referente aziendale per il flusso informativo CeDAP (certificati di assistenza al parto)
- Educazione e promozione della salute attraverso interventi diretti ovvero tramite la collaborazione con strutture aziendali, Enti/Istituzioni locali e Associazioni di Categoria e di Volontariato;
- Valutazione e comunicazione del rischio;
- Produzione e diffusione di materiale informativo chiaro e comprensibile rivolto alla popolazione o a determinati gruppi in relazione a particolari problemi sanitari (Ondate di calore, Profili di salute, ecc..);
- Predisposizione di un catalogo annuale “Obiettivo Salute” a valenza aziendale di progetti di educazione alla salute e di formazione rivolto a scuole, enti, associazioni;

## **11.2 La Direzione delle Attività Socio Sanitarie**

La Direzione Attività Socio-Sanitarie (DASS) supporta la Direzione Generale nelle relazioni con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Città Metropolitana di Bologna per quanto concerne le politiche sociali e socio-sanitarie promuovendo un approccio socio-sanitario integrato a livello istituzionale organizzativo e professionale in particolare nella gestione dell’area della non autosufficienza e della marginalità (anziani, disabili e fasce vulnerabili).

La Direzione Attività Socio-Sanitarie coordina le Unità delle attività socio-sanitarie distrettuali (UASS) all’interno delle quali si articolano le Unità Socio Sanitarie Integrate (USSI) minori, disabili adulti e anziani, con la gestione dell’eventuale attività sociale delegata. Questa attività di coordinamento è finalizzata a promuovere:

- percorsi assistenziali omogenei in tutto il territorio dell’Azienda Usl di Bologna
- una presa in carico dell’utente con modalità di lavoro integrata e multidisciplinare

Con particolare riferimento a quelli finanziati dal Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA – dal sito Saluter) la Direzione Attività Socio-Sanitarie svolge diverse attività per la qualificazione e l’integrazione dei servizi:

- promuove lo sviluppo del sistema informativo della rete dei servizi socio-sanitari GARSIA;
- collabora alla realizzazione dell’integrazione dei percorsi di continuità;
- collabora all’implementazione del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari;
- collabora ai percorsi di miglioramento della qualità dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani e disabili.

### **11.3 Programma integrato disabilità e salute**

Il Programma Integrato Disabilità e Salute è una articolazione organizzativa funzionale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell’Azienda Usl di Bologna.

Il Programma valorizza e integra le attività cliniche di valutazione e trattamento rivolte ai giovani- adulti con Disturbi del Neurosviluppo e le relative attività di ricerca e formazione, con particolare riguardo alle innovazioni in ambito assistenziale e tecnologico. È deputato ad assicurare per tali ambiti di patologia una serie di attività di 2° livello per la popolazione del bacino di utenza aziendale. Collabora con i Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Sociali, con le Strutture, con le Famiglie, con la Scuola e con le associazioni di riferimento del territorio.

L’equipe multiprofessionale è composta da:

Medico Psichiatra; Psicologi-Psicoterapeuti; Analisti del Comportamento; Educatori Professionali; Assistente Sociale

Nello specifico, vengono svolte le seguenti attività:

#### **Autismo:**

- valutazione multiprofessionale (clinica, funzionale, neuropsicologica e comportamentale, integrate dall’intervista dell’AS sulla condizione familiare e del contesto sociale) dei soggetti di 16 e 18 anni in carico a Casa del Giardiniere con condivisione dei risultati con famiglia, scuola e referenti dei servizi per adulti (DASS, CSM, Comune)
- valutazione multiprofessionale dei pazienti in carico ai CSM finalizzate alla definizione dei Progetti di Vita e Cura individualizzato e agli inserimenti lavorativi in collaborazione con il collocamento mirato;

**Carcere/Residenze:** valutazioni psicodiagnostiche.

#### **Consulenze a Residenze/Gruppi Appartamento**

**Consulenze per UNIBO:** ai fini della validazione delle diagnosi e dell’erogazione dei supporti necessari.

**CUFO Comitato Utenti Familiari Operatori:** partecipazione agli incontri;

**Gruppi di psicoeducazione** (consapevolezza, sessualità, flessibilità cognitiva e relazioni sociali), di Psicoterapia (ACT) e di Parent Training, per pazienti con Disturbi del Neurosviluppo e loro familiari

**Ambulatoriale Comportamentale Paolo Testa:** valutazione e trattamento di gravi disturbi del comportamento

**PRIA** (Programma Regionale Integrato per l’Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello Spettro Autistico): partecipazione agli incontri regionali con i colleghi, coi rappresentanti delle associazioni e con il comitato scientifico regionale;

**HUB Regionale Adulti (Bologna, Ferrara, Imola):** Monitoraggio epidemiologico e farmacologico per i 3 HUB

**ADHD:** valutazione diagnostica e monitoraggio farmacologico, funzionale e clinico. Referenza regionale per gli adulti.

**Disabilità intellettiva:**

- Valutazione clinica (neuropsicologica, psicodiagnostica) finalizzate al progetto di vita del paziente e/o necessarie per ottenere i riconoscimenti di legge a livello economico, scolastico, lavorativo, legge 104, valutazioni per le UVM, la commissione Invalidi, la Commissione patentati ed i servizi per gli adulti (SSpD)
- Monitoraggio della transizione della fascia 16/18 anche attraverso la partecipazione alla plenaria
- Valutazione condivisa di persone con disabilità intellettiva ed epilessia in trattamento, con i professionisti della neurologia del Bellaria.

**Partecipazione alle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata) e alle ETI (Equipe Territoriale Integrata)**

**Centro Regionale Ausili (CRA):** coordinamento e monitoraggio delle attività, funzione di DEC per il capitolato CRA.

#### **11.4 Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche**

I servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSMDP) si occupano della cura e della riabilitazione di persone con disturbi psichiatrici in tutte le fasce di età del territorio di riferimento della Ausl Bologna.

Centralità della persona, costruzione del consenso, orientamento ai percorsi di ripresa personale (recovery), pratiche collaborative con utenti, famigliari, servizi e la rete territoriale in generale, orientamento a prossimità, domiciliarità, contrasto a rischi di istituzionalizzazione e di esclusione sociale, scelta di interventi basati su prove di efficacia, equità nell’utilizzo delle risorse disponibili sono i principi più rilevanti della mission del DSMDP.

Storicamente i servizi per la salute mentale si sono confrontati con questioni etiche rilevanti che continuano ad attraversarne le pratiche: consenso informato, obbligatorietà delle cure, segreto professionale, utilizzo delle risorse, responsabilità professionale e rispetto della soggettività e paziente in un quadro di rispetto e tutela dei diritti umani per le persone con disturbi mentali e disabilità più volte ribadito anche da recenti documenti dell’Onu.

La legge 180, riconosciuta da tutti gli organismi internazionali come un punto di riferimento per avere sancito il diritto alla cura delle persone con disturbi mentali ha introdotto una cesura rispetto agli assetti normativi precedenti che di fatto definivano una contiguità fra le pratiche della psichiatria ed il controllo sociale definendo il territorio come il luogo in cui attuare percorsi di cura attraverso processi di presa in carico.

Anche a fronte di un quadro normativo non sempre coerente con questi principi, in modo più o meno esplicito, i servizi di salute mentale si trovano frequentemente a confrontarsi con istanze di controllo sociale che vengono da più ambiti che influiscono negativamente proprio sulle funzioni di cura.

I servizi di salute mentale del DSMDP operano in contesti e con utenti vulnerabili in cui questi aspetti emergono in modo più rilevante (carcere, interlocuzioni con l’autorità giudiziaria, minori, pazienti autori di reato, persone con comportamenti antisociali, etc.) ma frequentemente anche in setting sanitari tradizionali non è infrequente che ai servizi di salute mentale vengano richiesti interventi più orientati alla normatività che alla cura, in un equilibrio fra funzioni e mandati istituzionali diversi che non hanno ancora trovato una composizione condivisa.

## **11.5 I Centri per i Disturbi Cognitivi**

In applicazione del Progetto Regionale Demenze (Del. RER. 2581 del 30/12/1999), l’Azienda USL di Bologna ha identificato i Centri per i Disturbi Cognitivi , distribuiti sull’intero territorio aziendale, all’interno dei quali operano équipe multiprofessionali in grado di attuare una valutazione diagnostica e terapeutica approfondita.

Nei centri, ai quali si accede prevalentemente per invio da parte del Medico di Medicina Generale, sono presenti medici specialisti (geriatri, neurologi, psichiatri), psicologi, neuropsicologi, esperti in stimolazione cognitiva e infermieri. C

I Centri effettuano la valutazione complessiva dei disturbi della memoria e della sfera cognitiva, del comportamento, dello stato psico-affettivo e funzionale, nonché di eventuali altre patologie.

Organizzano percorsi diagnostici strutturati ed effettuano valutazioni neuropsicologiche di secondo livello, individuano persone a rischio di sviluppare un deterioramento cognitivo e le controllano nel tempo.

Effettuano la diagnosi delle cause di demenza comprese le forme rare, genetiche e familiari, e possono escludere la presenza di tale patologia effettuando diagnosi differenziale con altre forme morbose.

I Centri controllano nel tempo i pazienti presi in carico, si occupano della stimolazione cognitiva, nei casi in cui sia indicata e applicabile, e offrono supporto psicologico ai pazienti e ai loro familiari.

Sono impegnati, inoltre, nella diffusione delle linee guida e dei documenti regionali inerenti la diagnosi, la terapia, l’assistenza alle persone affette da disturbi cognitivi e collaborano con i Servizi Sociali Territoriali e le Associazioni alle quali forniscono consulenza per l’informazione, la formazione e l’aggiornamento degli operatori e dei familiari, e per le attività di sostegno.

All’interno dei Centri è presente un Punto di Ascolto Infermieristico che fornisce a pazienti e familiari supporto psicologico informale e informazioni su aspetti sanitari, gestione infermieristica del paziente in situazioni di emergenza e non, gestione a domicilio del paziente, stimolazione cognitiva e iniziative di formazione e supporto per il familiare.

*Interventi psicosociali.* L’interesse crescente per gli interventi psicosociali o non farmacologici nasce negli ultimi anni sia dalla progressiva constatazione della loro efficacia, che dall’evidenza scientifica di una limitata risposta delle persone malate alla terapia farmacologica. Si tratta, nella accezione più ampia, dell’insieme di diverse azioni volte a promuovere il benessere della persona malata e di chi lo assiste. Favoriscono un migliore adattamento alle nuove condizioni imposte dalla malattia e si configurano come strategie di riduzione dell’*handicap*.

Gli interventi psicosociali possono concentrarsi sulla capacità cognitività della persona (attraverso la stimolazione cognitiva), sul comportamento e il funzionamento nel quotidiano (con la terapia occupazionale, l’esercizio fisico, ecc..), sulla emotività e sulle relazioni interpersonali (con interventi di musicoterapia, *Validation Therapy*, ecc..), sul contesto di vita (con adeguamenti e ottimizzazioni dell’ambiente).

Questi interventi possono essere variamente strutturati, insieme alla stimolazione cognitiva ( intervento non farmacologico importante sia nell’invecchiamento normale, per mantenere efficienti le funzioni cognitive, sia nell’invecchiamento patologico, per contrastare l’impoverimento cognitivo) in relazione agli obiettivi terapeutici e alla gravità della malattia, e richiedere l’intervento di specialisti.

Può rendersi necessario, inoltre, il coinvolgimento del caregiver come fondamentale risorsa di aiuto nel progetto psicosociale.

**Il Ruolo del caregiver** Un compito che, sempre più frequentemente, può protrarsi anche per lungo tempo, mesi o anni. Il *caregiver* della persona affetta da demenza è, nella maggioranza dei casi, un familiare di primo grado, il più delle volte di sesso femminile. Come conseguenza di questa nuova situazione i familiari possono vivere forti stress fisici, psicologici e anche sociali. I ruoli spesso si confondono, si sovrappongono e addirittura si ribaltano.

Il processo di accettazione o di adattamento alla malattia è spesso lungo e faticoso, sia per la persona malata, che per il familiare che se ne prende cura. Tali difficoltà sono amplificate dalle caratteristiche stesse della malattia.. Nella presa in carico di un anziano con decadimento cognitivo la tenuta della rete interna, la famiglia, è molto difficile e, dal punto di vista emozionale, può dare luogo a una delega implicita da parte di alcuni membri del gruppo ad altri che, più o meno inconsapevolmente, la accettano. Può diventare necessario pertanto per il *caregiver* farsi accompagnare e aiutare in questo delicato percorso di malattia da altre persone o professionisti ai quali affidarsi per verificare di volta in volta i bisogni e le criticità che emergono, trovando il modo migliore per gestirle. Questo aiuto può assumere forme diverse, dal sostegno psicologico specializzato individuale o di gruppo, ai gruppi di auto mutuo aiuto, dai gruppi psicoeducazionali a interventi per sollevare il familiare dal carico dell'assistenza nel tempo e nello spazio (ad esempio i ricoveri di sollievo, i centri diurni, ecc.).

## **11.6 Istituzione del Board Partecipazione, Equità Umanizzazione (Board PEU)**

L'Azienda USL di Bologna riconosce la centralità del cittadino- persona , in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi. L'attenzione alla salute della comunità e delle persone è una prerogativa dell'AUSL di Bologna come dichiarato tra i suoi principi nell'atto Aziendale del 2020:

1. L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi, anche in applicazione dell'art. 5 della Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004.
2. La centralità delle persone e dei loro bisogni costituiscono il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali e per sviluppare la multidisciplinarietà dell'assistenza, tutelando in pari misura la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi. L'Azienda prevede di dotarsi di sistemi di garanzia a tutela dei diritti dei cittadini, affinché si possa identificare e risolvere l'incongruità tra bisogni ed offerta dei servizi.
3. L'Azienda si impegna ad adottare strumenti che garantiscano la trasparenza, al fine di favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze.
4. L'Azienda si impegna a rispettare la tutela della privacy, nell'ottica della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (Art 5, Atto Aziendale AUSL di Bologna, 2020)

L' AUSL di Bologna si fa garante affinché tutti servizi siano progettati secondo i valori della partecipazione, dell'equità (ovvero contrasto delle disuguaglianze) e dell'umanizzazione.

A tal fine in Staff alla Direzione aziendale, presso l'UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità è stato istituito un board - gruppo di lavoro - composto da diversi professionisti dell'AUSL di Bologna e da un rappresentante dei CCMSS chiamato a progettare percorsi valorizzanti in tema di:

- a) partecipazione dei cittadini e delle comunità in tema di tutela della salute e progettazione di percorsi cura;
- b) contrasto alle disuguaglianze sulla salute e sull'accesso ai Servizi;
- c) promozione della cultura umanistica, che pone al centro la persona e la sua dignità nel corso delle cure, e realizzazione di percorsi di umanizzazione all'interno dei Servizi dell' AUSL di Bologna.

Il board è chiamato ad assicurare, attraverso i diversi componenti, coerenza e trasversalità nell'applicazione della pratica e dei criteri oggetto dei campi di lavoro specifici, ovvero: equità, partecipazione e umanizzazione.

Caratterizzato per la sua intersetorialità, multisciplinarietà e connessione con l'esterno, il board PEU orienta le azioni, monitora e promuove le buone prassi, sviluppando iniziative formative e di approfondimento, mantenendo sempre una visione sistemica e aziendale.

A tal fine viene elaborato un Piano Programma triennale delle attività di partecipazione, equità e umanizzazione, nel quale vengono indicate le macrodirezioni programmatiche che vengono integrate annualmente da schede attuative, sviluppate per dare particolare attenzione al contesto aziendale e ai bisogni emergenti.

Il Piano Programma rappresenta lo strumento in cui vengono esplicitati gli obiettivi, dettagliate le attività, i risultati attesi e le attribuzioni di responsabilità, integrandosi con gli obiettivi strategici aziendali.

I componenti del Board PEU si impegnano a garantire la promozione all'interno dei contesti dell' AUSL di Bologna lo sviluppo della cultura, e la messa in campo di azioni connesse alla partecipazione, all'equità e all'umanizzazione delle cure.

## **12. IL CODICE di COMPORTAMENTO PER IL PERSONALE OPERANTE NELL’AZIENDA USL DI BOLOGNA**

### **12.1 Il Codice di Comportamento**

Il Codice di Comportamento definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici che i dipendenti e il personale operante a qualunque titolo presso l'Azienda sono tenuti a osservare, declinati dal presente Codice Etico nelle varie dimensioni in cui si articola l'attività aziendale.

Le previsioni del Codice di Comportamento aziendale integrano quelle del Codice nazionale (D.P.R. n. 62/2013), secondo una logica condivisa con la Regione e le Aziende del Servizio sanitario regionale allo scopo di valorizzare un assetto erogativo che garantisca universalismo dell'assistenza, equità di accesso e appropriatezza delle prestazioni.

Il percorso di approvazione del Codice prevede il coinvolgimento degli *stakeholder* aziendali ed il parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale (OIV SSR).

L'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento costituisce parte integrante delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale operante in Azienda ed è assicurata tramite un apposito sistema di vigilanza secondo i livelli di responsabilità individuati nel Codice stesso. Il mancato rispetto delle norme dettate dal Codice è fonte di responsabilità disciplinare e comporta l'irrogazione, da parte dell'Autorità disciplinare competente, delle specifiche sanzioni previste dalla legge e dal Codice disciplinare dei vari profili professionali presenti in Azienda, oltre che conseguenze sul piano dei rapporti contrattuali per i soggetti esterni all'Azienda.

La violazione del Codice di Comportamento può inoltre comportare effetti sul sistema di valutazione della performance del personale aziendale.

### **12.2 Whistleblowing**

L'istituto del *whistleblowing* è uno strumento a disposizione del settore pubblico e privato che si prefigge di regolamentare e facilitare la segnalazione di illeciti di cui il soggetto segnalante, il cosiddetto “*whistleblower*”, sia venuto a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo, anche mediante la previsione di significative forme di tutela nei confronti dello stesso segnalante e degli altri soggetti coinvolti.

In Italia il *whistleblowing* è regolato dal D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 e dalle Linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, approvate con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023. A livello aziendale l'istituto è regolato dall'apposito

Protocollo operativo, che disciplina le modalità di ricezione e gestione delle segnalazioni e le forme di tutela assicurate al segnalante.

## **13. RAPPORTI CON I DIPENDENTI/COLLABORATORI**

Le persone che lavorano in Azienda ne costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo.

L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguitamento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

### **13.1 Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)**

Il Comitato Unico di Garanzia (**CUG**) ha come obiettivo opera per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Il Comitato Unico di Garanzia assume tutte le funzioni che la legge e i contratti collettivi attribuivano ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Tra le sue funzioni le principali vi sono:

- garantire il contrasto a ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativamente a genere, età, orientamento sessuale, etnia, disabilità, religione, lingua
- garantire il contrasto a ogni forma di molestia o violenza psicologica e morale
- realizzare un ambiente di lavoro che rispetta i principi di pari opportunità, di benessere lavorativo e di contrasto delle discriminazioni o molestie.

Il CUG ha compiti:

- propositivi (es. predispone il Piano delle Azioni Positive, promuove politiche di conciliazione tra vita e lavoro, promuove azioni mirate al benessere di chi lavora, predispone Piani formativi finalizzati alla promozione della cultura del rispetto della dignità)
- consultivi (es. progetti di riorganizzazione della azienda, orario di lavoro, criteri di valutazione del personale, atti in materia di flessibilità, part time)
- di verifica (es. sui risultati delle azioni positive e di promozione del benessere al lavoro, sulla assenza di forme di discriminazione).

Il C.U.G. è previsto dall'articolo 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e le "linee guida" sulle sue modalità di funzionamento sono state adottate con direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità

### **13.2 Il piano di egualianza di genere e delle azioni positive**

Per la costruzione del Piano per l'uguaglianza di genere e delle azioni positive (*Gender Equality Plan - GEP*) le Direzioni Generali e Direzioni Scientifiche di IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, hanno istituito un Board formato dalla *Governance* delle tre aziende ed un GEP Team interaziendale, nominato nel rispetto delle indicazioni della *Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans* approntata dalla Direzione Generale per la Ricerca e l'Innovazione della Commissione Europea.

Il Board interaziendale è composto da:

- Direttrice Generale IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

- Direttore Scientifico IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Direttore Generale Azienda USL di Bologna,
- Direttore Scientifico IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche
- Direttore Generale IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli,
- Direttrice Scientifica IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

Il *Gender Equality Plan Team* è multidisciplinare e multiprofessionale

A supporto del Team, le aziende si sono avvalse di strutture già impegnate nei processi di

- trasformazione per una maggiore equità di genere, tra le quali il Servizio Unificato Metropolitano
- Amministrazione Giuridica del Personale, il Servizio Unificato Metropolitano Amministrazione
- Economica del Personale, la UO Programmazione e Controllo ed il Servizio Comunicazione.

L’analisi di contesto effettuata e le evidenze emerse sono alla base del Piano dell’AUSL di Bologna (oltre che delle altre aziende sanitarie bolognesi) per il triennio 2023 - 2025.

Esso si pone i seguenti obiettivi:

- Sostenere e valorizzare il lavoro di ricerca e culturale sul tema della parità di genere;
- Promuovere percorsi di carriera più bilanciati;
- Favorire la presenza di donne nelle posizioni apicali;
- Favorire la diffusione di una cultura organizzativa inclusiva ed il contrasto agli stereotipi di genere ed alle molestie e discriminazioni sul lavoro;
- Strutturare una funzione interaziendale per la realizzazione ed il monitoraggio dello stato di attuazione del *Gender Equality Plan*, che ne promuova la diffusione e ne curi gli aggiornamenti.

Tali obiettivi saranno perseguiti con la messa in atto di azioni declinate nelle 5 aree di intervento, indicati dalla Commissione Europea quali ambiti minimi prioritari di intervento:

1. equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell’organizzazione,
2. equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali,
3. uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera,
4. integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nei programmi degli insegnamenti,
5. prevenzione delle discriminazioni di genere.

Sulla base dell’analisi di contesto, che restituisce una rappresentazione del personale delle aziende in chiave di genere, sono stati individuati gli obiettivi che afferiscono alle cinque aree indicate dalla Commissione europea come ambiti minimi di intervento.

A queste aree prioritarie, con l’obiettivo di dare evidenza alle azioni di prevenzione dello Stress Lavoro Correlato e di promozione di un ambiente di lavoro sicuro e positivo, si è deciso di aggiungere una sesta area finalizzata alla promozione della salute, sicurezza e benessere lavorativo.

Per ogni area sono stati formulati obiettivi e specifiche azioni, individuando responsabili per l’implementazione di ogni azione proposta, destinatari diretti ed indiretti, risorse necessarie e indicatori.

### **13.3 I Consiglieri e le Consigliere di fiducia**

Consiglieri e le Consigliere di Fiducia sono a disposizione per ascoltare le situazioni di conflitto e di disagio, e fornire informazioni utili sulle forme di tutela per il proprio benessere, oltre a sviluppare insieme percorsi di accompagnamento e mediazione.

E’ un gruppo interaziendale formato da professionisti e professioniste di:

- Azienda USL di Bologna
- Azienda Ospedaliero-Universitaria IRCCS Policlinico Sant’Orsola
- Istituto Ortopedico Rizzoli
- Azienda USL di Imola
- Comune di Bologna
- Città Metropolitana di Bologna.

Con assoluta riservatezza il Consigliere e la Consigliera di fiducia garantiscono ascolto e supporto a tutte le persone che lavorano, a qualunque titolo, all’interno delle strutture aziendali e che si ritengono vittime di molestie, mobbing o discriminazioni.

Il lavoro previsto è descritto nel [\*\*Codice di condotta\*\*](#), al quale si rimanda

Viene Proposto un percorso personalizzato di tipo informale, che abbia obiettivi chiari e azioni condivise, senza fare nulla senza l’espresso consenso dell’interessato/a.

Quando si ritiene, insieme, che possa essere opportuno e utile, si organizzano incontri di mediazione tra le parti, finalizzati a migliorare la comunicazione e la relazione sul lavoro. Si aprono percorsi possibili, su misura, considerando come prioritaria la volontà del singolo o del gruppo.

#### **13.4 Il Sistema di Valutazione Integrata del personale**

La valutazione è uno degli strumenti per migliorare e orientare i comportamenti, per valorizzare i professionisti, per sostenere l’efficacia dell’assetto organizzativo, per migliorare il servizio, ma anche per garantire che il collaboratore risponda nel tempo agli standard di qualità, divenendo quindi anche attestazione delle competenze maturate dal professionista.

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

Al riguardo sono previsti dalle Linee - guida regionali, almeno tre tipologie di collegamento:

- l’adozione di un sistema di competenze e di parametri di loro graduazione integrati tra valutazione e formazione, in modo che il gap fra atteso e agito sia più facilmente ribaltabile in percorsi formativi di potenziamento grazie alla disponibilità di un “linguaggio comune”;
- la raccolta sistematica dei dati risultanti dalle valutazioni effettuate (e dalle relative proposte di sviluppo) e la loro elaborazione in report che consentano di identificare i bisogni formativi per costruire i Piani Annuali della Formazione;
- la possibilità di accedere, in fase di conclusione dei colloqui di valutazione, alle opportunità formative previste o messe a disposizione dall’Azienda in modo da poter collegare da subito la valutazione effettuata a specifici itinerari d’apprendimento.

Indispensabile strumento di supporto al Sistema di Valutazione è costituito dal Dossier Formativo individuale e di gruppo, finalizzato a soddisfare le esigenze organizzative dell’Azienda e l’evoluzione delle competenze professionali del dipendente in relazione al contesto dato, che viene ad essere costituito attraverso un processo di condivisione mirante a creare alleanza e individuare spazi di crescita per una progettualità condivisa.

Il “Sistema di valutazione integrata del personale”, già in vigore a partire dall’attività del biennio 2019/20, deve armonizzare diversi tipi di valutazione individuale già esistenti:

- Valutazione annuale dei risultati raggiunti e delle competenze espresse
- Valutazioni pluriennali (di fine incarico, 5-15 anni)
- Valutazione del periodo di prova

### **13.5 Il Servizio di Prevenzione e Protezione**

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dell’Azienda è la struttura organizzativa deputata alla gestione dei rischi degli operatori, per garantire la sicurezza delle strutture, ed alla creazione di un ambiente di lavoro sano e orientato al benessere lavorativo. A tale scopo il Servizio si occupa di valutare i rischi lavorativi e delle strutture, nonché controllare l’utilizzo delle sostanze pericolose dove si svolge l’attività clinico assistenziale e di supporto ed individuare le più appropriate azioni di miglioramento di gestione delle emergenze interne.

Inoltre, oltre a seguire il percorso di autorizzazione delle strutture, promuove, attraverso formazione e piani di comunicazione mirati, la cultura della sicurezza negli operatori e la promozione del benessere lavorativo nell’ambiente di lavoro, assicurandone la coerenza con le norme in materia.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione:

- supporta le strutture aziendali che sono coinvolte nel processo di autorizzazione delle strutture sanitarie come previsto dalla normativa Regionale di riferimento;
- valuta i progetti edilizi aziendali per gli aspetti di sicurezza in stretta relazione con il Dipartimento Tecnico Patrimoniale;
- assicura la gestione dei Piani di emergenza incendio, sismico, e di altra natura per le strutture, programmando la formazione degli addetti all’emergenza e i loro compiti specifici;
- gestisce, aggiorna e individua idonei interventi riguardo alla presenza di amianto nelle strutture sanitarie, alle modalità delle manutenzioni e del relativo piano;
- redige e gestisce i Documenti di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI) per la fornitura di beni e/o servizi assicurandone gli adempimenti in materia di sicurezza;
- effettua la valutazione di tutti i rischi relativi alle attività clinico assistenziali e delle strutture individuando le misure per la loro riduzione con criteri di appropriatezza e razionalizzazione delle risorse, gestendo il monitoraggio dei piani di adeguamento e dei tempi di realizzazione degli stessi;
- valuta il rischio chimico in senso estensivo individuando a livello aziendale strategie e modalità per l’applicazione dei regolamenti REACH e CLP delle sostanze chimiche pericolose;
- cura le attività di prevenzione, controlla il rischio biologico e individua le misure tecnologiche e organizzative di prevenzione in stretta relazione con altri servizi aziendali;
- garantisce la comunicazione del Servizio interna ed esterna, nonché la gestione della documentazione e lo sviluppo di strumenti informativi sui rischi in azienda;
- individua i bisogni formativi e progettare corsi specifici rivolti sia all’interno sia all’esterno dell’Azienda;
- progetta, pianifica e attua interventi per la promozione del benessere lavorativo assieme ad altre strutture aziendali;
- progetta e sviluppa le procedure, i protocolli e verifica i processi per assicurare quanto contenuto nella normativa ISO 45001 di riferimento.

### **13.6 La Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro**

L’Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (UOPSAL) ha il compito di tutelare la collettività e i singoli individui dai rischi infortunistici e sanitari in ambiente di lavoro e comprende anche l’Unità Operativa Impiantistica Antinfortunistica (UOIA) che opera su tutto il territorio provinciale.

Attività

- Vigilanza e controllo sulla sicurezza, sull’igiene e sulla prevenzione sanitaria nei luoghi di lavoro
- Supporto informativo, tecnico e normativo per la tutela della salute negli ambienti di lavoro
- Collaborazione ad attività formative per lavoratori, tecnici e imprese
- Studi di epidemiologia occupazionale (analisi dei dati relativi a infortuni, malattie professionali e loro cause)
- Informazione/Assistenza per astensione anticipata dal lavoro a rischio per gravidanza e/o allattamento
- Controllo di rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro

- Pareri per autorizzazioni, in deroga a norme
- Certificazione della restituibilità di ambienti bonificati da amianto friabile
- Informazione/assistenza per la presentazione del piano di rimozione amianto
- Risposta al ricorso avverso il giudizio di idoneità alla mansione del medico competente
- Visite ambulatoriali specialistiche di Medicina del Lavoro

### **13.7 Il Sistema di Anticorruzione e Trasparenza**

Il Sistema è gestito dalla UO Anticorruzione e Trasparenza (SC) la cui *mission* è:

- La creazione di valore pubblico attraverso la prevenzione e la segnalazione dei fenomeni di corruzione e di illegalità.
- L'adempimento degli obblighi di trasparenza mediante un sistema di comunicazione che assicuri completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate e la concreta attuazione dell'accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato.
- La definizione di un efficace sistema di autocontrollo attraverso la rete aziendale dei Referenti anticorruzione e dei Responsabili di Pubblicazione.

La metodologia utilizzata nell'operatività è rappresentata dal messaggio e dal passaggio mentale dall'adempimento normativo all'opportunità per lavorare meglio.

Trasformare il contesto normativo Anticorruzione e Trasparenza, da "adempimento" a "opportunità di miglioramento", assicurando il necessario supporto con consulenze, predisposizione di linee guida, formazione ed informazione per conformare i nostri comportamenti alle disposizioni di legge.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che condivide gli obiettivi da raggiungere e la metodologia da seguire nell'attività, anche al fine di arricchire l'azienda del *know how* necessario per il proseguimento del processo di miglioramento in collaborazione con tutte le articolazioni aziendali tramite le reti:

- Referenti Anticorruzione,
- Responsabili di Pubblicazione.

### **13.8 Le Rappresentanze Sindacali**

L'Azienda USL di Bologna riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale della dinamica aziendale.

L'Azienda si impegna quindi a creare le condizioni per un confronto proficuo con le rappresentanze sindacali, al fine di ricercare un equilibrio tra le attese, le aspirazioni degli operatori e le finalità dell'Azienda stessa, nel quadro delle compatibilità organizzative e nel rispetto della Contrattazione Collettiva Nazionale ed Integrativa.

## **14. I RAPPORTI CON LA COMUNITÀ'**

L'Azienda persegue la propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare

l’ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere in tutta la catena produttiva condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

L’Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, incentivando lo sviluppo di attività no profit in ambito sanitario e socio-sanitario, in particolare negli ambiti distrettuali per attività di co-progettazione e rendendole parte integrante del proprio sistema.

L’Azienda promuove, altresì, alleanze con altri interlocutori della società civile tra cui:

- gli attori del sistema educativo;
- gli attori del sistema economico;
- le autorità civili e religiose;
- i mezzi di comunicazione.

#### **14.1 La Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana ( CTSSM) di Bologna**

Prima tra le Città Metropolitane italiane, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana ( CTSSM) di Bologna nasce dall’intesa tra il Presidente della Regione Emilia-Romagna e il Sindaco di Bologna, come luogo della governance delle politiche sociali e sanitarie dell’area metropolitana di Bologna.

Il primato dell’area socio-sanitaria è frutto del riconoscimento del rilievo, consolidatosi nel corso degli anni, riconosciuto a queste politiche in questa area metropolitana, un vero e proprio tratto distintivo, e al tempo stesso una conferma della attenzione strategica nei loro confronti.

La CTSSM di Bologna, è composta dal Sindaco metropolitano, dai Sindaci dei Comuni di Bologna e di Imola, dai Presidenti dei Comitati di Distretto e dagli Assessori regionali alle Politiche per la Salute e alle Politiche di Welfare e Abitative. Proprio la loro presenza sottolinea la centralità della CTSS Metropolitana come luogo di condivisione delle politiche sociali e sanitarie, in piena sintonia con le strategie regionali.

La nuova CTSSM di Bologna rafforza le funzioni già appannaggio delle precedenti Conferenze, e rappresenta la sede naturale per il consolidamento e la prosecuzione dei processi di integrazione interaziendale sviluppati nel corso degli ultimi anni, come il Laboratorio Unico Metropolitano, le reti cliniche, la Radiologia unica metropolitana, il Servizio Unico Metropolitano per l’Amministrazione del Personale (SUMAP), solo per citare alcuni esempi, e che troveranno ampio spazio anche nella programmazione sociale e sanitaria dei prossimi anni.

Tra le principali funzioni attribuite alla CTSSM di Bologna sono presenti:

- l’approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento triennale per l’area socio-sanitaria – compresa la non autosufficienza - e sanitaria, delle politiche abitative e socio educative, con l’individuazione delle rispettive priorità strategiche;
- l’approvazione del Piano Attuativo Locale;
- l’equa distribuzione delle risorse e dei servizi tra i diversi ambiti distrettuali, comprese quelle del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, garantendo attenzione particolare per il riequilibrio territoriale;
- la promozione, con il supporto delle Aziende sanitarie, di strategie e interventi di promozione della salute e del benessere sociale;
- la verifica periodica dell’attività delle Aziende sanitarie presenti sul territorio

#### **14.2 I Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari ( CCMSS)**

I Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari ( CCMSS) sono istituiti a garanzia della partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni e per la valutazione della qualità dal punto di vista delle persone utenti.

I CCMSS sono articolati a livello aziendale e distrettuale.

Le funzioni fondamentali sono quelle stabilite dagli artt.15 e 16 della Legge Regionale n. 19/1994 e successive modifiche. Tali funzioni e modalità organizzative sono stabilite da apposito regolamento attuativo adottato dal Direttore Generale

L'importanza del coinvolgimento dei cittadini era già stabilito nel 1992 con il D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche, che prevede, al Titolo IV, art. 14, la "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini".

Successivamente la Legge Regionale n. 19/1994 e successive modificazioni, prevedeva forme di partecipazione attiva delle organizzazioni di tutela e volontariato dei cittadini per il miglioramento della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso la costituzione dei Comitati Consultivi Misti (CCM) presso le principali strutture sanitarie

Nel 2000 la D.G.R. n. 320/00 "PIANO SANITARIO REGIONALE 1999-2001: Linee guida per l'adeguamento delle strutture organizzative e degli organismi per la comunicazione con il cittadino nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna", definisce le funzioni dei CCM.

La Legge Regionale n. 2/03, art. 33 assicurava la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi, favorendo l'attività delle associazioni di tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacal.;

Nel 2005 la Circolare n. 3 dell'Assessore Giovanni Bissoni del 11 febbraio 2005 ha puntualizzato ruoli, composizione e funzionamento dei CCM, ribadendo che il CCM è significativo organismo istituzionale di partecipazione alla gestione della sanità e che si pone come interlocutore di riferimento per portare all'Azienda Sanitaria la prospettiva dei cittadini.

Ruolo fondamentale importanza dei CCM è descritto nella D.G.R. n. 390/2011 "Accreditamento dei servizi sociosanitari: attuazione dell'art.23 della LR 4/2008 e s.m.i. e modifiche ed integrazioni delle DGR 514/2009 e DGR 2110/2009" e la D.G.R. n. 2302/2016 che ha approvato lo schema tipo di regolamento dei Comitati Consultivi Misti, istituiti con la sopracitata L.R. 19/1994, prevedendo altresì la possibilità, per le Aziende, di declinare al suo interno elementi che lo rendano maggiormente adeso alla realtà locale.

La D.G.R. n. 14822/2016 "Avvio sperimentazione della integrazione socio-sanitaria degli organismi di partecipazione previsti dalla legge regionale 19/1994 (comitati consultivi misti) nei distretti di Casalecchio Ausl di Bologna e Distretto sud est Ausl di Ferrara" approva altresì lo schema di regolamento tipo da utilizzare per il funzionamento dei Comitati Consultivi Misti Socio-Sanitari.

All'interno dell'Azienda USL di Bologna sono costituiti i Comitati Consultivi Misti Socio-Sanitari, per il controllo della qualità dal lato degli utenti, così articolato:

- 1) Sei Comitati Consultivi Misti Socio-Sanitari di Distretto, uno per ciascun Distretto (di seguito CCMSSD).
- 2) Un Comitato Consultivo Misto Socio-Sanitario Aziendale (di seguito CCMSSA) con funzioni di coordinamento e di interlocuzione con i Servizi Aziendali di direzione e di staff.
- 3) Un'Assemblea Generale unitaria dei CCMSSD, da tenersi almeno una volta nel corso del mandato. Il regolamento disciplina la costituzione e il funzionamento dei CCMSS quali organismi a composizione mista: volontariato/difesa di diritti, utenti e familiari di utenti, privati accreditati erogatori di servizi socio-sanitari, Comuni e Aziende Sanitarie. Disciplina altresì i rapporti tra questi organismi e le Direzioni Aziendali.

Il regolamento, inoltre, individua le sedi dei CCMSS (art. 2), prende atto delle sue funzioni e dei compiti (art. 3), ne disciplina la composizione (art. 4), gli organi e la durata dei loro incarichi (art. 5 e 6), la durata in carica e decadenza delle componenti (art. 7 e 8), le modalità di funzionamento (art. 9), individua la funzione, la composizione e le modalità di funzionamento del Coordinamento Aziendale dei CCMSS (art 10 e successivi).

#### **14.2.1 Le Funzioni dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari**

I CCMSS integrano le funzioni sanitarie e socio-sanitarie disciplinate rispettivamente dalla L.R. 19/94 per le funzioni sanitarie e dalla D.G.R. 390/2011 per le funzioni socio-sanitarie, largamente sovrapponibili per quanto attiene:

- 1) assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi.
- 2) promuovere l'aggiornamento dei componenti e l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente.
- 3) sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello aziendale, tenendo conto delle specificità locali.
- 4) sperimentare e attuare continuativamente modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni di buone prassi, di disservizi e delle proposte di miglioramento, da chiunque provenienti, anche attraverso punti di ascolto.

I CCMSS sono strumento istituzionale di partecipazione alla *governance* e gestione della sanità e dei servizi socio-sanitari, e in questo quadro portano all'attenzione dell'Azienda le esigenze e le attese dei cittadini, degli utenti e dei familiari, cogliendo i bisogni di ampie fasce della popolazione, anche quelle marginali, tanto in fase di programmazione che di verifica e controllo.

I CCMSS svolgono una funzione sia consultiva che propositiva.

Tra le principali finalità dei CCMSS vi è quella di individuare e segnalare problematiche e criticità nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e di proporre eventuali azioni di miglioramento.

Nell'ottica di reciproca collaborazione e responsabilizzazione, la direzione aziendale o distrettuale, per il tramite dei preposti Uffici AUSL, informa preventivamente rispetto alle relative decisioni, i CCMSS su iniziative in materia di modifica e miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari. La direzione aziendale e distrettuale favorisce la trasmissione preventiva ai CCMSS dei documenti di programmazione regionale e aziendale implicanti modifiche all'organizzazione dei servizi nei confronti della rispettiva utenza ed acquisisce loro pareri non vincolanti.

L'Azienda si impegna a fornire i dati gestionali e di organizzazione necessari allo svolgimento delle funzioni previste nel regolamento.

I CCMSS dal canto loro sono tenuti alla riservatezza dei temi trattati, al rispetto degli impegni di partecipazione assunti nei progetti di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, in termini di umanizzazione e personalizzazione, oltre che al rispetto della privacy dei singoli cittadini e delle esigenze organizzative dell'azienda (ai sensi ai sensi del Regolamento UE 2016/679).

I CCMSSD, ai sensi della Del. D.G.R. n.320/00, e successive modifiche e integrazioni, *Del. Giunta RER n.14822/2016*, hanno il compito di verificare il grado di coinvolgimento dell'Azienda Sanitaria e delle strutture socio-sanitarie pubbliche, private accreditate o convenzionate, nel miglioramento dei servizi e della qualità della comunicazione con il cittadino, e in particolare:

- 1) l'umanizzazione dei servizi, tanto per quanto riguarda le strutture che le relazioni;
- 2) la semplificazione dell'accesso, lo snellimento e la trasparenza delle procedure burocratiche;
- 3) il monitoraggio e la verifica costante del grado di soddisfazione dell'utente e il potenziamento degli strumenti di partecipazione;
- 4) il miglioramento della qualità dell'informazione nei confronti dei cittadini per un orientamento più efficace degli stessi;
- 5) l'attuazione di metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso collegamenti formalizzati con l'URP e con l'Ufficio di Qualità;
- 6) la promozione dell'educazione civico-sanitaria e di protezione dal rischio, con attenzione anche per la dimensione sociale e assistenziale, attraverso progetti e percorsi comuni, condivisi e concordati;
- 7) la promozione di iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utente, anche all'interno delle strutture socio-sanitarie pubbliche, private autorizzate e accreditate, nonché delle Case Famiglia e le Comunità alloggio (in base al regolamento della CTSSM), con modalità concordate con i competenti servizi aziendali;
- 8) l'elaborazione e la verifica delle proposte di miglioramento conseguenti all'analisi e alla valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;
- 9) l'aggiornamento delle Carte dei Servizi aziendali e la verifica degli impegni assunti dall'Azienda nelle Carte dei Servizi.

Restano ferme la responsabilità e le prerogative della Direzione Aziendale sulle indagini da attuare, sui soggetti ai quali affidarle, sulle competenze tecniche e specialistiche e di esperienza da impiegare per realizzarle, dopo aver informato preventivamente i CCMSS competenti.

Per l'adempimento delle funzioni prima descritte, i CCMSS ad ogni livello possono sviluppare le seguenti attività:

- A) esame di documenti e normativa;
- B) espressione di pareri non vincolanti ai fini di collaborare alla definizione di documenti aziendali volti ad incidere sugli assetti organizzativi sanitari e socio-sanitari dei servizi e delle strutture, sulla qualità dei servizi e sul diritto alla salute dei cittadini;
- C) attivazione di gruppi di lavoro permanenti o temporanei;
- D) confronto con esperti;
- E) partecipazione ad attività formative interne o rivolte a utenti;
- F) promozione e realizzazione di incontri con i cittadini sui progetti dei CCMSS, sui risultati raggiunti con la propria attività, così come sui progetti Aziendali di modifica e miglioramento dei servizi e sui risultati conseguiti;
- G) partecipazione all'individuazione e definizione dei bisogni di salute della popolazione e alla progettazione dei servizi;
- H) partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio e rilevazione di criticità emergenti;
- I) partecipazione ad attività aziendali di indagine sulla soddisfazione dei cittadini;
- L) proposta di indagini sull'accesso ai servizi e sulla loro qualità per le attività presenti nei territori dei singoli Distretti o dell'intera Azienda;
- M) promozione e realizzazione, su proposta del CCMSSA e dei CCMSSD, di attività di verifica autogestite (impegni previsti dalle Carte dei Servizi, ecc...) concordate in precedenza con l'Azienda;
- N) promozione e realizzazione di attività di *audit*, secondo modalità concordate con le Direzioni Aziendali competenti;
- O) proposte di progetti di miglioramento e consulenza nella loro realizzazione;
- P) partecipazione ad attività di definizione, rilevazione ed analisi di indicatori aziendali e regionali per la valutazione della qualità dal lato dell'utente, concordate con l'Azienda;
- Q) attivazione di Punti di Ascolto dei cittadini (PAC) e degli utenti dei servizi socio-sanitari all'interno delle strutture sanitarie in spazi concordati, gestiti dagli stessi CCMSS ovvero dai volontari delle Associazioni presenti nei medesimi organismi;
- R) promozione e verifica di progetti di umanizzazione dei servizi;
- S) partecipazione su invito alle conferenze di organizzazione ai diversi livelli di loro competenza, e a livello distrettuale nelle sessioni di programmazione socio-sanitaria territoriale dei Comitati di Distretto.

Quando necessario per la realizzazione delle attività programmate i CCMSS, richiedono il supporto dei servizi aziendali, dei Comuni, della CTSSM e delle strutture socio-sanitarie.

Il CCMSSA e i CCMSSD, ai fini dell'acquisizione di informazioni necessarie alla propria attività, possono rivolgersi anche a esperti, istituzioni, associazioni e organismi, con particolare riferimento al CCRQ.

Il CCMSSA e i CCMSSD intrattengono rapporti con Enti, Associazioni, CCMSS di altre Aziende e territori.

Il CCMSSA e i CCMSSD possono promuovere, inoltre, incontri con le Rappresentanze Sindacali Aziendali e Confederati e con gli Ordini Professionali e con i cittadini utenti.

#### **14.2.2 I Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari Distrettuali (CCMSSD)**

In ciascun Distretto dell’Azienda USL di Bologna si costituisce un unico Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario (CCMSSD), composto da:

- 1)una rappresentanza maggioritaria di componenti designati dalle Organizzazioni di volontariato e Associazioni di Tutela dei Diritti, nonché dalle Organizzazioni Sindacali dei Pensionati impegnate in campo socio-sanitario. Può essere ammesso un rappresentante effettivo ed un supplente per ciascuna di esse;
- 2) un famigliare in rappresentanza delle famiglie che hanno ospiti inseriti in CRA e Centri Diurni appartenenti territorialmente al Distretto Socio-Sanitario di competenza;

- 3) un famigliare in rappresentanza delle famiglie che hanno congiunti ricoverati in strutture residenziali o semiresidenziali per disabili;
- 4) un rappresentante degli enti gestori dei servizi socio-sanitari privati, accreditati o autorizzati;
- 5) un rappresentante delle Strutture Sanitarie Private accreditate;
- 6) il Direttore del Distretto o suo delegato;
- 7) il Responsabile Unità Attività Socio-Sanitarie (UASS);
- 8) un rappresentante della Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR);
- 9) il responsabile dell’Ufficio di Piano o un suo delegato;
- 10) un rappresentante dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta;
- 11) un referente dell’ente titolare e gestore del Servizio Sociale territoriale (ASP/ASC/Comune/Unione dei Comuni/Istituzione);
- 12) un rappresentante del Comitato Utenti, Familiari e Operatori della Salute mentale (CUFO – SM) o suo delegato.

L’ammissione di nuovi rappresentanti di Associazioni di Volontariato o di Tutela dei Diritti o di Organizzazione Sindacale dei Pensionati, precedentemente non presenti nel Distretto, può essere accolta, a richiesta, anche successivamente alla costituzione del nuovo comitato, purché siano in possesso dei requisiti previsti dal bando.

Ogni componente del CCMSSD può essere sostituito dall’Organizzazione o Associazione di Volontariato o di Tutela dei diritti o dall’Organizzazione Sindacale dei Pensionati che lo ha designato. La revoca e la nuova nomina devono essere comunicate per iscritto al referente del CCMSSD individuato dal Distretto. In mancanza di designazione del nuovo rappresentante, a seguito di revoca o decadenza, entro i venti giorni seguenti, il Presidente inserirà nell’O.d.g. della seduta successiva del CCMSSD la presa d’atto della decadenza dallo stesso Comitato dell’Organizzazione o Associazione di Volontariato o di Tutela dei diritti o Organizzazione Sindacale dei Pensionati.

Non possono far parte del CCMSSD per la parte del volontariato/difesa dei diritti coloro che:

- hanno rapporti con soggetti pubblici e/o privati che possono a qualsiasi titolo determinare conflitto di interessi, anche potenziale, con l’attività svolta nell’ambito del CCMSSD;
- hanno rapporti di lavoro, a qualsiasi titolo, o rapporti economici personali, con i Comuni o con Strutture Socio-Sanitarie del Distretto presso cui è istituito il CCMSSD e con tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche;
- sono presidenti e/o rappresentanti legali, dirigenti, amministratori di enti ed associazioni legate da un rapporto convenzionato e comunque aventi un rapporto economico con l’AUSL;
- sono eletti in organi istituzionali.

Sono ammessi invece i volontari facenti capo alle suddette organizzazioni.

Sono altresì esclusi coloro che, pur appartenendo al volontariato/difesa dei diritti, sono dirigenti, amministratori, collaboratori a qualunque titolo, di Aziende Sanitarie regionali, di IRCCS di diritto pubblico, di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

#### **14.2.3 Il Comitato Consultivo Misto Socio-Sanitario Aziendale di Coordinamento tra i CCMSSD (CCMSSA)**

Il Comitato Consultivo Misto Socio-Sanitario Aziendale di Coordinamento tra CCMSSD (CCMSSA) è l’organismo di livello aziendale, lo strumento di cui i CCMSS distrettuali dell’Azienda USL di Bologna si dotano per relazionarsi tra loro, realizzare e garantire una comunicazione bidirezionale tra Azienda e territori.

Il CCMSSA è composto da:

- i Presidenti ed i vicepresidenti dei CCMSS di Distretto;
- un terzo componente individuato tra le Organizzazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Diritti e dei Familiari di Utenti che operano nel Distretto, e tra le Organizzazioni dei Pensionati maggiormente impegnate in campo socio-sanitario per ciascun Distretto;

- il Presidente e il Vicepresidente del CUFO;
- la rappresentanza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana;
- il Responsabile Aziendale della Qualità o un suo delegato;
- il Direttore Generale/Sanitario (o suo delegato);
- il Responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie o un suo delegato;
- il Responsabile del DATeR (o suo delegato);
- Responsabile della Direzione Attività Socio Sanitarie o un suo delegato.

Il CCMSSA svolge le seguenti funzioni:

- 1) coordina l’attività tra i CCMSS dei Distretti, mettendoli in rete, garantendo uniformità di indirizzo in tutti i Distretti;
- 2) tiene i rapporti, anche tramite la richiesta di incontri, con la Direzione Aziendale e la CTSSM;
- 3) promuove incontri con i CCM delle Aziende dell’area Metropolitana per discutere o proporre l’esame di temi di interesse comune;
- 4) contribuisce alla valutazione della qualità dell’accesso ai servizi da parte degli utenti coinvolgendo, se opportuno, anche le altre Aziende dell’Area Metropolitana;
- 5) può essere coinvolto nei gruppi di lavoro per la definizione dei PDTA e nella loro valutazione di qualità;
- 6) è invitato a sedute del Collegio di Direzione, presiedute dal Direttore Sanitario in base alla necessità di un confronto con il CCMSSA su specifici punti all’ordine del giorno, ovvero nelle occasioni di programmazione e verifica periodica delle attività;
- 7) partecipa alle riunioni di programmazione socio-sanitaria territoriale della CTSSM, come da protocollo della stessa, approvato nella seduta del 29 luglio 2021;
- 8) partecipa al Comitato Etico di Area Vasta, tramite selezione e nomina di un membro laico da parte del Direttore Generale, coerentemente con la normativa che regola il funzionamento dei CE;
- 9) esprime pareri non vincolanti e collabora alla definizione di documenti aziendali volti ad incidere sugli assetti organizzativi sanitari e socio-sanitari dei servizi e delle strutture, sulla qualità dei servizi e sul diritto alla salute dei cittadini;
- 10) promuove indagini conoscitive sulla qualità dei servizi a livello Aziendale;
- 11) promuove in accordo con la Direzione Aziendale e la CTSSM iniziative, incontri (anche pubblici) con associazioni e cittadini per illustrare le proposte del CCMSSA;
- 12) promuove la costituzione di un Comitato di Coordinamento Interaziendale composto da rappresentanti delle quattro Aziende presenti nell’area metropolitana;
- 13) tiene i rapporti con il CCRQ e l’Assessore Regionale alla Sanità;
- 14) costituisce gruppi di lavoro permanenti o temporanei, individuandone il relativo coordinatore;
- 15) supporta l’Assemblea annuale di ogni CCMSS Distrettuale per verificarne l’attività svolta in ogni ambito distrettuale.

#### **14.2.4 Il Comitato utenti, familiari e operatori del Dipartimento Salute Mentale -(CUFO)- Dipendenze Patologiche**

Il Comitato utenti, familiari e operatori (CUFO) del Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche è costituito in attuazione al Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011. Il CUFO è composto da rappresentanti delle associazioni di familiari e/o utenti ed operatori dei servizi del dipartimento di salute mentale, annualmente viene eletto un Presidente che supportato da un gruppo di coordinamento propone un piano di lavoro che viene proposto ai partecipanti. Svolge funzioni consultive e propositive, di valutazione e verifica in merito alla qualità dei servizi e dei modelli organizzativi del Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche favorendo momenti di confronto, aggiornamento. Nel corso degli anni il CUFO si è andato caratterizzando anche come luogo di coprogrammazione e coprogettazione attraverso i progetti PRISMA e PACO che annualmente vengono predisposti e attuati con il coinvolgimento dei servizi di salute mentale, della neuropsichiatria infantile, le associazioni e la cooperazione sociale.

### **14.3 Il Terzo Settore e la Co-progettazione**

L'Azienda USL di Bologna, tra le prime aziende sanitarie in Italia, punta a rinnovare e valorizzare le collaborazioni con gli Enti di Terzo Settore (ETS), in un contesto in cui è sempre più urgente e necessario unire le forze e le risorse per costruire servizi capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini. Per fare ciò, l'Azienda sanitaria parte dalla definizione di un regolamento aziendale, in materia di rapporti giuridici con gli ETS.

ETS è un acronimo che comprende la vasta tipologia di enti iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) tra i quali associazioni, organizzazioni di volontariato, fondazioni, imprese sociali ed enti filantropici: tutte realtà che non hanno scopo di lucro, bensì finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e che pertanto condividono con l'Azienda USL di Bologna la medesima finalità, ovvero lo svolgimento di attività di interesse generale di cui all'art. 5 del D.Lgs. 117/2017.

L'Azienda USL di Bologna ha avviato un nuovo percorso proprio per sviluppare e far crescere co-programmazione e co-progettazione, definendo nuove procedure e procedimenti amministrativi, nonché nuove figure dedicate a valorizzare i diversi rapporti e istituti che definiscono la relazione tra l'Azienda USL di Bologna e gli Enti di Terzo Settore.

L'obiettivo è di promuovere un cambiamento culturale in grado di rendere gli Enti del Terzo Settore, non più "enti terzi", bensì *stakeholders* essenziali e centrali nella definizione del futuro dei servizi socio-sanitari. Il fine è realizzare concrete forme di "Amministrazione condivisa", dando maggiore efficacia al principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale secondo cui "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale".

L'Azienda USL di Bologna ritiene di fondamentale importanza stringere reti di collaborazione con l'associazionismo e la cittadinanza per condividere i cambiamenti in atto e delineare insieme i diversi progetti della sanità pubblica del futuro.

Il Comitato Progettazione Integrata per la Disabilità (COPID) è un virtuoso esempio di Co-progettazione.

Istituito dal Distretto Città di Bologna nel 2016, il "Comitato Progettazione Integrata per la Disabilità" (COPID) è il tavolo permanente di confronto tra i servizi sociali e sanitari e le associazioni di disabili e/o dei loro familiari "finalizzato alla co-progettazione e alla condivisione di interventi innovativi su bisogni specifici del disabile". Più in generale, obiettivo del COPID è quello di "contribuire allo sviluppo di una società solidale in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità locale e che rappresenta una risposta unitaria ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie".

Tra le sue funzioni, quelle di stimolare e rafforzare una cultura di inclusione sui temi della disabilità, favorire la sperimentazione di buone prassi, promuovere la co-progettazione di rete, facilitare l'integrazione tra servizi, definire indicatori di qualità attraverso cui valutare progetti e gli esiti prodotti.

È quindi soprattutto la progettualità, attiva e concreta, sviluppata in modo partecipato, a caratterizzare il nascente organismo, un tavolo di lavoro operativo che mira a darsi obiettivi tangibili con cui misurarsi nel tempo.

Il COPID, ispirato da principi di reciproca collaborazione e responsabilizzazione, oltre che da rappresentanti dell'associazionismo e del volontariato che operano nel campo della disabilità, sarà composto, dalla Direzione Distrettuale, dalla Direzione Sociosanitaria del Distretto, dal Responsabile e dal Coordinatore USSI Disabili Adulti, da operatori dell'area sociosanitaria, da referenti dei Dipartimenti di Cure Primarie e della Salute Mentale, da rappresentanti del Comune e dell'ASP Città di Bologna.

#### **14.4 I Progetti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)**

L' Organizzazione Mondiale della Sanità dà chiare e ripetute indicazioni perché i governi costituiscano centri di supporto per le reti dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, riconoscendo loro un ruolo importante nel promuovere una buona qualità di vita per i cittadini sofferenti di varie situazioni di bisogno.

La filosofia che ispira il progetto dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto si basa sulla diffusione dell'informazione e sulla conoscenza.

La parola chiave del progetto è *"Riappropriarsi della propria vita: uscire dall'isolamento per incontrare persone che condividono lo stesso disagio e scambiare le proprie esperienze personali per trovare insieme strategie di fronteggiamento di problemi comuni nonostante il disagio vissuto"*.

Gli obiettivi che si pone il progetto della rete dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto sono:

- sul piano **individuale**: migliorare la fiducia in se stessi, il cambiamento positivo della propria vita, la sensazione di utilità nei confronti degli altri membri del gruppo, la sensazione di una vita più attiva avvicinandosi all'obiettivo che spinge a partecipare al gruppo
- sul piano **organizzativo**: creare una rete organizzata di gruppi, creare un gruppo di coordinamento metodologico ed organizzativo con il compito di confrontarsi sulle linee da seguire per lo sviluppo del progetto formato da referenti che partecipano ai vari gruppi, creare una segreteria facilitante aperta alla comunità interessata, mantenere il collegamento con i coordinamenti dell'Auto Mutuo Aiuto regionale e nazionale
- sul piano della **comunità**: dare ampio spazio e visibilità ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto all'interno della comunità locale, anche attraverso la diffusione della cultura della mutualità con il coinvolgimento dei servizi sociosanitari, delle amministrazioni locali e delle istituzioni.

Nell'area metropolitana Azienda USL di Bologna il progetto sull'Auto Mutuo Aiuto è nato all'interno del percorso di programmazione partecipata (Piani per la Salute) previsto dal Piano Sanitario Regionale Emilia Romagna che vede un sistema di alleanze per la promozione della salute , in capo agli Enti Locali e con la partecipazione attiva di enti , associazioni e cittadini.

Dal 2003 a Bologna è iniziata una integrazione molto vitale fra realtà di base e spesso spontanee come i gruppi di Auto Mutuo Aiuto e le istituzioni sanitarie e sociali. Nell'ambito dei Piani per la Salute, espressione dell'azione congiunta dell'Azienda USL e delle amministrazioni comunali del territorio, è nato uno specifico progetto sull'Auto Mutuo Aiuto.

Il progetto consente il coordinamento di tanti gruppi locali, ne cura occasioni di formazione e di crescita culturale, promuove la nascita di nuovi gruppi, facilita il contatto e la collaborazione con realtà istituzionali, sociali e culturali del territorio. Più di 120 gruppi sono attualmente partecipi di questa rete.

L'esperienza del progetto si è rivelata fortemente utile e significativa perché ha permesso di realizzare molti obiettivi prefissati. Ha consentito di avviare una proficua collaborazione fra Servizi Sanitari, Sociali, Scolastici, Penitenziari e la partecipazione concreta della cittadinanza attiva di tutti i territori. Ciò ha consentito lo sviluppo di progetti e sinergie quanto mai opportuni e necessari in questo periodo di forti trasformazioni sociali.

Il progetto dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto(AMA) è utile:

- A tutti i cittadini: la persona che vive problematiche particolari e che affronta situazioni di disagio può diventare una risorsa se esce dall'isolamento e affronta insieme ad altri le difficoltà: questa persona deve dunque essere maggiormente informata
- A chi lavora nel sociale e sanitario: l'Auto Mutuo Aiuto per sua natura è uno strumento che crea pro-socialità e cooperazione, rompe la solitudine di chi vive il disagio e favorisce il passaggio da una diffusa cultura del

silenzio ad una nuova cultura basata sulla condivisione e sulla solidarietà sociale: ciò porta, quindi, ad una collaborazione tra gruppi AMA e operatori socio-sanitari, per offrire “prestazioni” migliori ai Cittadini, rafforzandone l’efficacia e fornendo un sostegno al quotidiano operare;

- Alle istituzioni: la capacità dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto è quella di richiamare a sé le persone con particolare bisogno e quindi...di attirare l’attenzione degli amministratori locali che si occupano degli stessi problemi. I gruppi sviluppano un lavoro sociale in rete e, grazie alla loro esperienza, svolgono importanti funzioni rispetto alla cura, alla promozione e alla tutela della salute e del benessere della comunità dove operano le istituzioni.

Il progetto dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto:

- Potenziano la conoscenza della cultura dell’Auto Mutuo Aiuto per facilitare la promozione e l’eventuale avvio di nuovi gruppi
- Sviluppano i rapporti con i gruppi AMA esistenti e/o i loro facilitatori-animatevi attraverso momenti di incontro presso le varie sedi, appuntamenti che sono ormai diventati uno stile di lavoro e hanno nel tempo periodicità garantita
- sviluppano Rete fra i gruppi AMA per promuovere in maniera continua e consolidata il contatto con le realtà civili e istituzionali del territorio, per favorire la nascita di nuove esperienze e alimentare quelle esistenti
- partecipano alla realizzazione delle Case della Salute come luoghi di cittadinanza attiva e di empowerment di comunità mediante la presenza e il consolidamento di esperienze di mutualità
- attivano contatti e collaborazioni con le Associazioni e i Coordinamenti AMA di altre Regioni e città per un arricchimento qualitativo e un’adeguata condivisione di esperienze
- promuovono incontri periodici di formazione su campo (plenarie) per un confronto allargato e per lo sviluppo di temi specifici: questi incontri hanno confermato la loro importante funzione di sostegno per la reciproca conoscenza tra i gruppi ed il confronto con l’esperienza di Reti di Auto Mutuo Aiuto di altre città, per evitare autoreferenzialità e rischi di chiusura
- organizzano un incontro semestrale in supporto ai membri dei gruppi per scambio, confronto di esperienze e condivisione di problematiche comuni.
- organizzano corsi gratuiti di formazione e approfondimento (1° e 2° livello) per formare alla cultura e alla pratica della mutualità i cittadini interessati, operatori AUSL e Enti Locali al fine di far acquisire loro conoscenze e strumenti per promuovere, nelle proprie realtà, esperienze di mutualità e di Auto Mutuo Aiuto
- organizzano incontri con Alma Mater Studiorum Università di Bologna, istituti secondari di secondo grado, Enti Locali, associazioni, per promuovere in maniera continua e consolidata il contatto con le realtà civili e istituzionali del territorio. Per Alma Mater Studiorum Università di Bologna partecipiamo a lezioni che illustrano l’Auto Mutuo Aiuto nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, corsi di laurea per operatori sociali, corsi di laurea in scienze infermieristiche
- partecipano ad incontri al carcere minorile del Pratello per promuovere l’informazione sui gruppi A.M.A. tra ragazzi e/o loro familiari, in particolare sul tema delle dipendenze
- in campo comunicativo provvedono ad aggiornare, per la stampa annuale, il dépliant informativo con divisione dei gruppi per aree tematiche, il sito A.M.A. e la pagina face book.

Nel 2013, a seguito di un ciclo di iniziative formative sulla metodologia A.M.A., finanziato dalla CTSS di Bologna, sono nati i tavoli di lavoro A.M.A. Distrettuali, composti da operatori AUSL, operatori degli Enti Locali e cittadini.

Questi tavoli si propongono come luogo operativo in cui confrontarsi per affrontare aspetti concreti relativi alla:

- promozione della metodologia dell’Auto Mutuo Aiuto e della conoscenza dei gruppi A.M.A. esistenti, da diffondere all’interno dei rispettivi ambiti di appartenenza (servizi o associazioni) e a favore delle rispettive utenze o reti di relazione;
- nascita e avvio di nuovi gruppi A.M.A., a partire dall’individuazione di bisogni, sedi, persone interessate, canali di divulgazione, etc.;
- confronto tra facilitatori e/o componenti di gruppi diversi sull’andamento degli stessi, per valorizzare l’esperienza maturata dai gruppi consolidati a favore di quelli nati più di recente.

## **La struttura organizzativa**

Il progetto si avvale di un gruppo di coordinamento metodologico/organizzativo composto da cittadini facenti parte di gruppi A.M.A. e/o interessati alla cultura della mutualità, referenti dai tavoli A.M.A. distrettuali, operatori AUSL e degli Enti Locali. Questo coordinamento si incontra una volta al mese presso la sede A.M.A. (Salone Roncati), messa a disposizione dal Dipartimento di Salute Mentale, con il compito di confrontarsi sulle linee da seguire per lo sviluppo del progetto.

## **15. LA SOSTENIBILITA’ DELL’AMBIENTE**

L’Azienda USL di Bologna ha deliberato approvazione del portafoglio di azioni per il contratto climatico per Bologna, città neutrale per il clima al 2030 (**Deliberazione Approvazione del Portafoglio di Azioni per il Contratto Climatico per Bologna, Città Neutrale per il Clima al 2030**) in linea con l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, programma d’azione per le persone, il pianeta e la prosperità che l’Assemblea Generale dell’ONU ha approvato e che tra gli obiettivi prevede la lotta contro il cambiamento climatico, la produzione di energia pulita ed accessibile, il consumo e la produzione responsabile, inquadrati in un programma d’azione con target da raggiungere entro il 2030;

La CTSSM nella seduta del 22 settembre 2022 ha richiesto il coinvolgimento delle quattro Aziende Sanitarie dell’area metropolitana di Bologna (AOU di Bologna, AUSL di Bologna, IOR e AUSL di Imola) nella sottoscrizione di un Patto di Collaborazione *Climate City Contract* per partecipare attivamente, con un Piano delle Azioni per la sostenibilità ambientale del sistema sanitario pubblico di area metropolitana, a raggiungere gli obiettivi di neutralità climatica previsti per Bologna entro il 2030.

### ***Verso un Servizio Sanitario Metropolitano Di Bologna Neutrale per il Clima: La Governance AUSL di Bologna, IRCCS AOU di Bologna, AUSL di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna- IRCCS***

Il “Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile”, previsto dai PIAO 2023-2025 delle Aziende Sanitarie che operano nella Città Metropolitana di Bologna, si inquadra nell’orizzonte, più vasto, che vede le Aziende impegnate, su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, nella Missione Europea per “Bologna città neutrale per il clima entro il 2030”. Entro il 2023, infatti, si è proceduto, in collaborazione tra AUSL di Bologna, IRCCS AOU di Bologna – Policlinico di S .Orsola, IRCCS Rizzoli e AUSL di Imola, alla stesura di un Piano delle azioni unitario, integrato fra le Aziende, che accompagnerà la sottoscrizione, del Climate City Contract (Contratto climatico).

Allo scopo di esplicitare gli impegni e le loro ricadute attese, è stato concordato uno strumento di pianificazione, comune a tutti i partner, denominato **“Portafoglio di Azioni per la Neutralità Climatica”**, che viene a tutti gli effetti ricompreso nell’orizzonte del PIAO di ciascuna Azienda Sanitaria.

Seguendo le indicazioni della piattaforma europea NetZeroCities, le azioni sono suddivise in “settori/ambiti di applicazione”.

Sulla base dei dati raccolti per ogni azione, si andranno a quantificare le emissioni di gas climalteranti (GHG) ridotte grazie all’azione, secondo specifici indicatori di ambito per la misura della neutralità climatica.

Nel corso del triennio 23-25, annualmente, si procederà, per tutte le Aziende Sanitarie:

- per tutte le azioni previste dal Piano: al monitoraggio e alla rendicontazione sia ai fini del PIAO che del Climate City Contract;
- alla integrazione e all’ampliamento del piano delle azioni, sulla base della estensione degli ambiti/settori di sviluppo che, mano mano, verranno implementati a livello aziendale e metropolitano.

Per il triennio 2023-2025 sono stati definiti i seguenti ambiti prioritari d’azione (per ciascuna azienda sanitaria):

- Energia/Edifici

- Processi/Prodotti

- Trasporti/Mobilità'

- Rifiuti/Acque Reflue

## **15.1 Le Azioni nell’ambito Energia/Edifici**

Le Aziende Sanitarie sono da diversi anni fortemente impegnate nella riduzione della propria impronta ambientale. Negli ospedali principali sono state realizzate centrali di tri-generazione, con installazione di cogeneratori a gas metano, per la produzione combinata ed efficiente di energia termica, elettrica e frigorifera. Circa il 60% del fabbisogno energetico aziendale è oggi prodotto con sistemi efficienti di rigenerazione.

È inoltre attivo su tutte le sedi un multiservizio con servizio energia, che oltre ad incentivare una efficiente gestione degli impianti pone in carico all’assuntore interventi di efficientamento energetico.

Ogni intervento sul patrimonio immobiliare (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) in coerenza con il Decreto Ministeriale “Criteri Ambientali Minimi” nonché con le previsioni di cui alla DGR 1261/2022 in termini di requisiti minimi di prestazioni energetica degli edifici, è progettato per assicurare un incremento dell’efficienza energetica e di produzione da FER (Fonte Energetica Rinnovabile).

Si sottolinea inoltre che il PNRR, dovendo anche contribuire ad attuare gli obiettivi di sviluppo sostenibile in coerenza con il Green Deal europeo, prevede per gli interventi finanziati, oltre al rispetto della normativa sopra richiamata, il rispetto del principio del DNSH - Do No Significant Harm - ovvero di non arrecare nessun danno significativo all’ambiente, con requisiti ancora più stringenti in materia di efficienza ed energie rinnovabili.

Verrà, quindi, proseguito lo sviluppo delle azioni già intraprese, sia sul piano dell’innovazione tecnologica sia a livello gestionale. Tali azioni comprendono un’attività continua di analisi e monitoraggio sull’uso dell’energia attuata dall’Energy Manager Metropolitano, attraverso la partecipazione ai lavori del gruppo regionale energia, condividendo in chiave di benchmark i dati di consumo e costo su piattaforma informatica e contribuendo alla redazione della Relazione annuale sugli andamenti dei consumi energetici delle Aziende Sanitarie regionali.

## **15.2 Le Azioni nell’ambito Processi/Prodotti**

Le azioni previste in quest’ambito faranno riferimento, primariamente, alla modificazione delle modalità strutturali, organizzative e tecniche che hanno, storicamente, caratterizzato l’offerta dei servizi e delle prestazioni, allo scopo di determinare cambiamenti significativi nella pratica delle Aziende, attraverso modificazioni dei processi di produzione e/o delle caratteristiche dei prodotti (prestazioni e servizi). In particolare, nel triennio 2023-2025, quest’ambito comprenderà:

- gli acquisti da filiera verde certificata,
- l’offerta di prestazioni in telemedicina,
- la promozione del riuso e la conseguente limitazione del monouso,
- l’estensione del lavoro agile/smart working e telelavoro,
- la graduale sostituzione di presidi medici e tecnologie verso soluzioni tecniche meno impattanti per l’ambiente,
- l’evoluzione e il migliore utilizzo delle potenzialità, già ora disponibili, degli strumenti digitali che consentono la limitazione degli spostamenti non necessari, come, ad esempio, la refertazione online e la condivisione dei dati sul Fascicolo Sanitario Elettronico (per gli utenti e i professionisti) e le pratiche di formazione in e-learning e di lavoro collaborativo a distanza sul web (per gli operatori).

### **15.3 Le Azioni nell’ambito Mobilità/Trasporti**

L'inquinamento atmosferico è un problema grave che in Italia, soltanto, nel 2019 ha causato la morte prematura di circa 60 mila persone l'anno, 165 in media ogni giorno, secondo i dati dell'Agenzia europea dell'Ambiente. Anche per tale ragione, oltre che per ridurre l'impatto sul clima delle emissioni climalteranti, l'azienda ha intenzione di proseguire con convinzione le attività volte alla promozione di una mobilità sostenibile e meno impattante sulla salute.

Tali attività hanno la finalità di promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e per servizio del personale, nonché assicurare condizioni di accessibilità, viabilità e sosta adeguate nelle strutture aziendali. Inoltre, queste azioni hanno anche la finalità di far crescere una maggiore attenzione alle conseguenze delle nostre scelte e comportamenti quotidiani e orientare i dipendenti (ovvero, dei cittadini). In particolare, le azioni previste nel triennio, in parte in continuità con gli anni precedenti e in parte "nuove", sono:

- Promozione dell'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro e per servizio da parte dei dipendenti mediante il riconoscimento di un incentivo economico ai dipendenti che sottoscrivono abbonamenti annuali in convenzione;
- Promozione della mobilità ciclabile negli spostamenti casa-lavoro da parte dei dipendenti attraverso il riconoscimento di un incentivo economico sotto forma di "rimborso chilometrico" in base ai km percorsi sul tragitto casa-lavoro ai dipendenti che utilizzeranno la bicicletta per recarsi al lavoro;
- La realizzazione di nuovi ed ampi *bicipark* protetti e videosorvegliati per i dipendenti, per creare condizioni favorevoli all'utilizzo della bicicletta;
- La promozione del Car pooling negli spostamenti casa-lavoro e per servizio mediante la messa a disposizione di parcheggi gratuiti ai *carpoolers* nelle principali sedi aziendali.
- Il Servizio di ricarica a tariffa agevolata di veicoli elettrici per incentivare l'uso di veicoli non inquinanti mediante la messa a disposizione, nelle principali sedi aziendali, di colonnine di ricarica per i veicoli elettrici utilizzabili dai dipendenti, dai fornitori, dalle ditte in appalto e dai veicoli elettrici aziendali, qualora quelli dedicati non fossero sufficienti.
- Proseguire sulla strada della sostenibilità ambientale delle flotte. Nel triennio si lavorerà sul nuovo capitolato d'appalto per valutare prospettive e condizioni di ulteriori conversioni della flotta aziendale verso l'elettrico.

### **15.4 La Governance e le azioni di supporto**

In accompagnamento al Piano delle Azioni sui vari ambiti e per garantire una governance ambientale integrata fra tutte le Aziende Sanitarie che operano nell'Area Metropolitana di Bologna, il triennio 2023- 2025 vedrà il supporto di alcune azioni trasversali:

#### **Acquisti "verdi" e sostenibili**

- **Obiettivi:** promozione della politica degli acquisti da filiera verde certificata e accompagnamento delle Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna allo sviluppo e all'utilizzo di requisiti di sostenibilità ambientale dei prodotti e dei servizi da acquistare;

#### **Sistema di rendicontazione della sostenibilità Aziende Sanitarie della Città Metropolitana di Bologna Portafoglio di azioni per la neutralità climatica – dicembre 2023**

- **Obiettivi:** realizzazione di un percorso di formazione-intervento, integrato fra le Aziende Sanitarie, per lo sviluppo del sistema di rendicontazione della sostenibilità ambientale del Servizio Sanitario Metropolitano di Bologna, condotto in collaborazione con Agenzia per l'Energia e lo Sviluppo Sostenibile – AESE; ;

#### **Formazione degli operatori alla sostenibilità**

-**Obiettivi:** Piano di formazione continua alla sostenibilità ambientale esteso a tutti gli operatori delle Aziende Sanitarie di Bologna, in collaborazione con la rete regionale dei Programmi "Salute e Ambiente";

**Formazione alla sostenibilità dei nuovi professionisti**

-**Obiettivi:** in collaborazione con le Università, verrà avviata una specifica attenzione al tema della sostenibilità ambientale delle attività sanitarie, rivolta agli studenti universitari dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e Mediche, che hanno, come sede di tirocinio, i Servizi delle Aziende Sanitarie che operano in Area Metropolitana di Bologna.

**Comunicazione per la sostenibilità Referente**

-**Obiettivi:** sviluppo di una politica di comunicazione per la sostenibilità ambientale e di strumenti sul web, integrati fra le Aziende Sanitarie, da realizzare in collaborazione tra le aree Comunicazione delle Aziende Sanitarie e l'Ufficio di supporto alla CTSSM di Bologna

**Coordinatrice del Gruppo di Lavoro :** Danila Valenti

**Gruppo di lavoro ristretto :** Francesca Mengoli , Silvia Taglioli , Corrado Iacono , Fabrizio Moggia , Carlo Descovich, Giancarla Pedrazzi ,Paolo Ferraresi, Romano Grande , Jacopo Tamanti.

**Componenti del Gruppo di Lavoro:**

Vera Maria Avaldi	Andrea Forni	Monica Paciotti
Michele Baccarini	Lorenzo Gamberini	Donatella Pagliacci
Carlotta Bagaglia	Pierfrancesco Ghedini	Paolo Pandolfi
Anna Baron	Giovanni Gordini	Cristiano Pelati
Raffaella Baroni	Marco Grana	Isa Protonotari
Matteo Bartolomei	Primiano Iannone	Elisa Righini
Emiliano Bazzan	Claudio Lazzari	Claudia Reggiani
Gelorma Belmonte	Barbara Lelli	Denis Savini
Stefano Benini	Luca Lelli	Annunziata Siena
Aldo Bonadies	Simona Linarello	Silvia Soffritti
Vincenzo Carnuccio	Andrea Longanesi	Vittoria Sturlese
Ilaria Campalone	Fabio Lucchi	Alessandra Tassoni
Carlo Alberto Castioni	Federica.Lugaresi	Costanza Ventrucci
Antonella Crugliano	Alberto Maurizzi	Floriana Taggi
Stefania Dal Rio	Marilia Maci	Costanza Ventrucci
Roberto Di Silvestre	Stefano Masini	Paola Zuccheri
Giulia Falasca	Francesca Mezzetti	Lorenza Zullo
Lucia Farabegoli	Monica Minelli	
Giovanni Ferro	Sandra Mondini	



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

**Azienda USL di Bologna**  
Sede legale: via Castiglione, 29 - 40124 Bologna  
Tel +39.051.6225111 fax +39.051.6584923  
Codice fiscale e partita Iva 02406911202

## **Il Codice Etico dell'Azienda USL di Bologna**

Pubblicato il 1 maggio 2024. Bologna

Data di emissione e applicazione 01/05/2024

Data di ultimo aggiornamento 01/05/2024

N. Rev. 0

Pagina 62 di 63

