



Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo

ai sensi del D.lgs n. 231/2001 e s.m.i.

(approvato con Deliberazione Commissariale n. 7 del 20/02/2014 per
come modificato dal Consiglio di Indirizzo n. 8 del 25/06/2014)

Allegato N. 1

REVISIONE 1 (ANNO 2015)



INDICE

1 PARTE GENERALE

- 1.1 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI
- 1.2 DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231
 - 1.2.1 La responsabilità amministrativa prevista a carico delle persone giuridiche
 - 1.2.2 L'adozione di un Modello di organizzazione, gestione e controllo quale possibile strumento di esclusione della responsabilità amministrativa
- 1.3 L'ASP VALSASINO ED IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO
 - 1.3.1 Struttura organizzativa dell'ASP
 - 1.3.2 Scopo del Modello
 - 1.3.3 Elementi costitutivi del Modello
 - 1.3.4 Modifiche ed integrazioni
- 1.4 ORGANISMO DI VIGILANZA
 - 1.4.1 Nomina, durata e sostituzione dei membri
 - 1.4.2 Compensi e budget
 - 1.4.3 Regolamento per la convocazione ed il funzionamento
 - 1.4.4 Funzioni e poteri
 - 1.4.5 Flussi informativi e comunicativi da parte dell'Organismo
 - 1.4.6 Flussi informativi e comunicativi verso l'Organismo
 - 1.4.7 Registrazione delle attività
- 1.5 SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO
 - 1.5.1 Misure nei confronti degli Amministratori e del Revisore dei conti
 - 1.5.2 Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza
 - 1.5.3 Misure nei confronti dei Dirigenti apicali
 - 1.5.4 Misure nei confronti dei Dipendenti
 - 1.5.5 Misure nei confronti dei Medici libero-professionisti
 - 1.5.6 Misure nei confronti dei Collaboratori esterni
 - 1.5.7 Misure nei confronti dei Fornitori
- 1.6 DIFFUSIONE DEL CODICE ETICO E DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO
 - 1.6.1 Diffusione ed Informazione
 - 1.6.2 Formazione

2 PARTE SPECIALE

- 2.1 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
- 2.2 GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEI RAPPORTI CON LE AUTORITÀ GIUDIZIARIE
- 2.3 ACQUISTO DI BENI E SERVIZI
- 2.4 GESTIONE DEI FLUSSI MONETARI E FINANZIARI
- 2.5 GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E LE AUTORITÀ DI VIGILANZA
- 2.6 GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
- 2.7 GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI
- 2.8 GESTIONE DELLE LIBERALITÀ
- 2.9 GESTIONE DEI FINANZIAMENTI PUBBLICI
- 2.10 GESTIONE DELLE TARIFFE REGIONALI PER PRESTAZIONI ACCREDITATE DAL S.S.R.
- 2.11 GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA
- 2.12 GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA AMBIENTALE



1 PARTE GENERALE

1.1 - DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Di seguito le principali definizioni utilizzate nel presente Modello:

Modello	si intende il complesso dei principi di comportamento e delle procedure operative ad essi ispirate, adottati dall'ASP Valsasino al fine di prevenire la commissione dei reati, così come previsto dagli art. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001 e s.m.i., ad integrazione degli strumenti Organizzativi e di Controllo vigenti nell'Ente (Descrizione documentale del Modello, Codice Etico, Procedure, Organigrammi, Procure, Deleghe, Delibere, Regolamenti...). Il Modello prevede, inoltre, l'individuazione dell'Organismo di Vigilanza, nonché delle funzioni ad esso attribuite e la definizione del sistema sanzionatorio e dell'attività di formazione relativa al D.Lgs. 231/2001 e alle direttive in esso contenute
Dirigenti apicali	si intendono tutti i soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione e di direzione dell'ASP
Internal audit o controllo interno o verifiche interne	si intende la funzione e/o le persone incaricate di svolgere le attività di controllo interno attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti necessari o utili a verificare le attività dell'ASP, a garanzia del raggiungimento degli obiettivi, sia quantitativi che qualitativi, attraverso metodologie corrette e trasparenti. Tale funzione, indipendente dalle altre funzioni aziendali, si rapporta direttamente con l'Organismo di Vigilanza, non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività dell'Azienda, né facoltà di destinare risorse economiche e finanziarie dell'ASP.
Organismo di Vigilanza	si intende l'Organismo che, nell'ambito dell'applicazione del Modello, ha il compito di vigilare (i) sull'osservanza delle prescrizioni del Modello (in relazione alle diverse tipologie di reato contemplate nel Decreto); (ii) sull'efficacia del Modello in relazione alla struttura aziendale e all'effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati; (iii) sulla irrogazione delle sanzioni disciplinari interne, nel caso in cui vi sia stata violazione, da parte dei soggetti interessati, delle regole fissate nel Modello stesso; (iv) sulla pianificazione e lo svolgimento di un'adeguata attività di formazione, nonché (v) sull'opportunità di aggiornamento del Modello stesso, ogniqualvolta si ravvisino esigenze di modifica dello stesso, in relazione all'introduzione di nuove fattispecie di reato nel perimetro di applicazione del D.Lgs. 231/2001 e s.m.i. e/o alle mutate condizioni ambientali e/o a nuovi orientamenti della best practice
Pubblico ufficiale	si intende ogni soggetto che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. E' pubblica la funzione amministrativa disciplinata dal diritto pubblico e da atti autorizzativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autorizzativi o certificativi
Pubblica Amministrazione	si intende qualsiasi Ente pubblico, agenzia amministrativa indipendente, persona, fisica o giuridica, che agisce in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ovvero in qualità di membro di organo delle Comunità europee, di funzionario delle Comunità europee o di funzionario di Stato estero
Processi sensibili	si intende ogni processo dell'attività aziendale in relazione al quale si ritiene possibile la commissione dei reati sanzionati dal D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.
Procedure	si intende l'insieme di regole e protocolli formalizzati per l'esecuzione di determinate operazioni e processi aziendali. Tali regole sono elencate per ciascuna area di rischio/reato individuata nel Modello ex D.Lgs. 231/2001 e s.m.i. e costituiscono parte integrante dello stesso
Reati rilevanti	Reati espressamente contemplati dal D.lgs 231/2001 e s.m.i
Soggetti obbligati, funzioni, unità organizzative	si intendono tutti i soggetti a cui è rivolto il Modello, e più precisamente gli Amministratori, Revisori, i Direttori, i Medici, i Dipendenti, i Collaboratori, i Consulenti e gli <i>stakeholders</i> in generale

Di seguito le principali abbreviazioni utilizzate nel presente Modello:

ASP	Azienda per i Servizi alla Persona
CdI	Consiglio d'Indirizzo
DRG	<i>Diagnosis-Related-Group</i> o Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi
OdV	Organismo di Vigilanza
PA	Pubblica Amministrazione
s.m.i.	Successive modifiche ed integrazioni
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale



1.2 - DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231

1.2.1 - La responsabilità amministrativa prevista a carico delle persone giuridiche

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 ha introdotto la disciplina della responsabilità delle persone giuridiche (Società ed Enti) per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Nel suo testo originario il Decreto fa riferimento ai reati contro la Pubblica Amministrazione (art. 24 e art. 25), e cioè:

- malversazione ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico;
- indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato o di altro Ente Pubblico;
- truffa ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico;
- truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
- frode informatica ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico;
- concussione;
- corruzione;
- istigazione alla corruzione;
- reati conseguenza della violazione della disciplina Prevenzione e Sicurezza.

Successivamente alla sua entrata in vigore, l'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/2001 ha subito rilevanti estensioni, includendo nei reati presupposto al Decreto le seguenti ulteriori fattispecie:

- reati contro la fede pubblica (art. 25 bis D. Lgs. 231/2001);
- reati societari (art. 25 ter D. Lgs. 231/2001);
- delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (art.25 quater D. Lgs. 231/2001);
- delitti contro la personalità individuale e delitti contro la vita e l'incolumità individuale (art. 25 quater - 1, quinques D. Lgs. 231/2001);
- reati di abuso di mercato (art. 25 sexies D. Lgs. 231/2001);
- reato di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con la violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art 25 septies D. Lgs. 231/2001);
- reato di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro o utilità di provenienza illecita (art 25 octies D. Lgs. 231/2001);
- reati legati alla criminalità organizzata transnazionale e associazione per delinquere (art.3, 4 e 10 della Legge 16 marzo 2006, n. 146 D. Lgs. 231/2001);
- reati legati alla criminalità informatica (art. 24 bis D. Lgs. 231/2001);
- reati contro l'industria e il commercio (art. 25 bis D. Lgs. 231/2001);
- induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25 novies D. Lgs. 231/2001).

Nella sostanza nel Decreto viene dichiarato che a persona giuridica può essere ritenuta responsabile e, quindi, sanzionata patrimonialmente, in relazione ad alcune fattispecie di reato che si suppone siano state commesse a suo vantaggio o nel suo interesse dagli amministratori, dai dipendenti, dai collaboratori ovvero da chiunque agisca in sua rappresentanza.

I presupposti affinché un ente possa incorrere nella descritta responsabilità risultano essere:

- che una persona fisica - la quale si trova, rispetto all'ente, in una delle relazioni previste dall'art. 5 - commetta uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001;
- che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente;
- che il reato commesso dai soggetti individuati dalla legge derivi , quanto meno, da una "colpa di organizzazione" dell'ente.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il D. Lgs. 231/2001 individua con l'art. 5 - rubricato "Responsabilità dell'ente" - due tipologie di soggetti i quali, qualora dovessero commettere nell'interesse o a vantaggio dell'ente uno dei reati sopra evidenziati, potrebbero determinare una responsabilità a carico dell'ente stesso. Secondo il dettato della citata norma, "l'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:



- da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;
- da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui a punto precedente.

Tuttavia, "l'ente non risponde se le persone innanzi indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi". La prima delle descritte figure ricomprende gli amministratori, i direttori generali, i direttori sanitari, i responsabili dei Reparti e delle Unità Operative e i direttori delle funzioni aziendali.

"Soggetto all'altrui direzione" può invece essere chiunque si trovi ad operare internamente all'ente in una posizione anche non formalmente inquadrabile in un rapporto di lavoro dipendente, purché sottoposto alla direzione o alla Vigilanza altrui (es. medici liberi professionisti e/o consulenti esterni).

La sola esistenza di uno dei rapporti innanzi descritti in capo all'autore del reato non è sufficiente di per sé a far sorgere la responsabilità in capo alla persona giuridica. Occorre anche che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio della medesima.

Pertanto, l'ente risponde del reato qualora il suo autore lo abbia commesso con l'intenzione di perseguire un interesse esclusivo e/o concorrente dell'ente stesso, ovvero qualora il reato si riveli comunque vantaggioso per quest'ultimo. Tuttavia, la responsabilità dell'ente deve ritenersi esclusa qualora risultasse che l'autore del reato abbia agito per il perseguimento di un interesse esclusivamente proprio.

Per un dettaglio delle fattispecie di illecito reato/presupposto e degli aggiornamenti si rimanda alla "tabella reati/illeciti presupposto della responsabilità ex Dlgs 231:2001 con riferimenti legislativi e sanzioni" pubblicato dall'ing. Ciro Alessio Strazzeri sul sito internet www.ilportale231.com. La tabella "reati/illeciti" diventa parte integrante del presente Modello.

1.2.2 - L'adozione di un Modello di organizzazione, gestione e controllo quale possibile strumento di esclusione della responsabilità amministrativa

L'art. 7, 1° e 2° comma del D. Lgs. 231/2001 - rubricato "Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente" - statuisce che "nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b), l'ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di Direzione o Vigilanza.

In ogni caso, è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo, idoneo a prevenire reati della specie di cui verificatosi".

In relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, il Modello prevede misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio (art. 7, 3° comma D. Lgs. 231/2001).

Gli artt. 6 e 7 del Decreto offrono, infatti, all'ente una forma di esonero dalla propria responsabilità, disciplinando le condizioni al verificarsi delle quali l'ente non risponde del reato commesso dai soggetti individuati dall'art. 5. Introducendo un'inversione dell'onere della prova, l'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 - rubricato "Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente" - prevede che "se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che:

- a. l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b. il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, nonché di adeguata capacità di spesa;
- c. le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione;
- d. non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b)".

Ai fini di idoneità, i suddetti Modelli devono rispondere, "in relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;



- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello" (art. 6, 2° comma D. Lgs. 231/2001).

Ai sensi dell'art. 7, 4° comma D. Lgs. 231/2001, "l'efficace attuazione del modello richiede:

- una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute ovvero intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;
- un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.



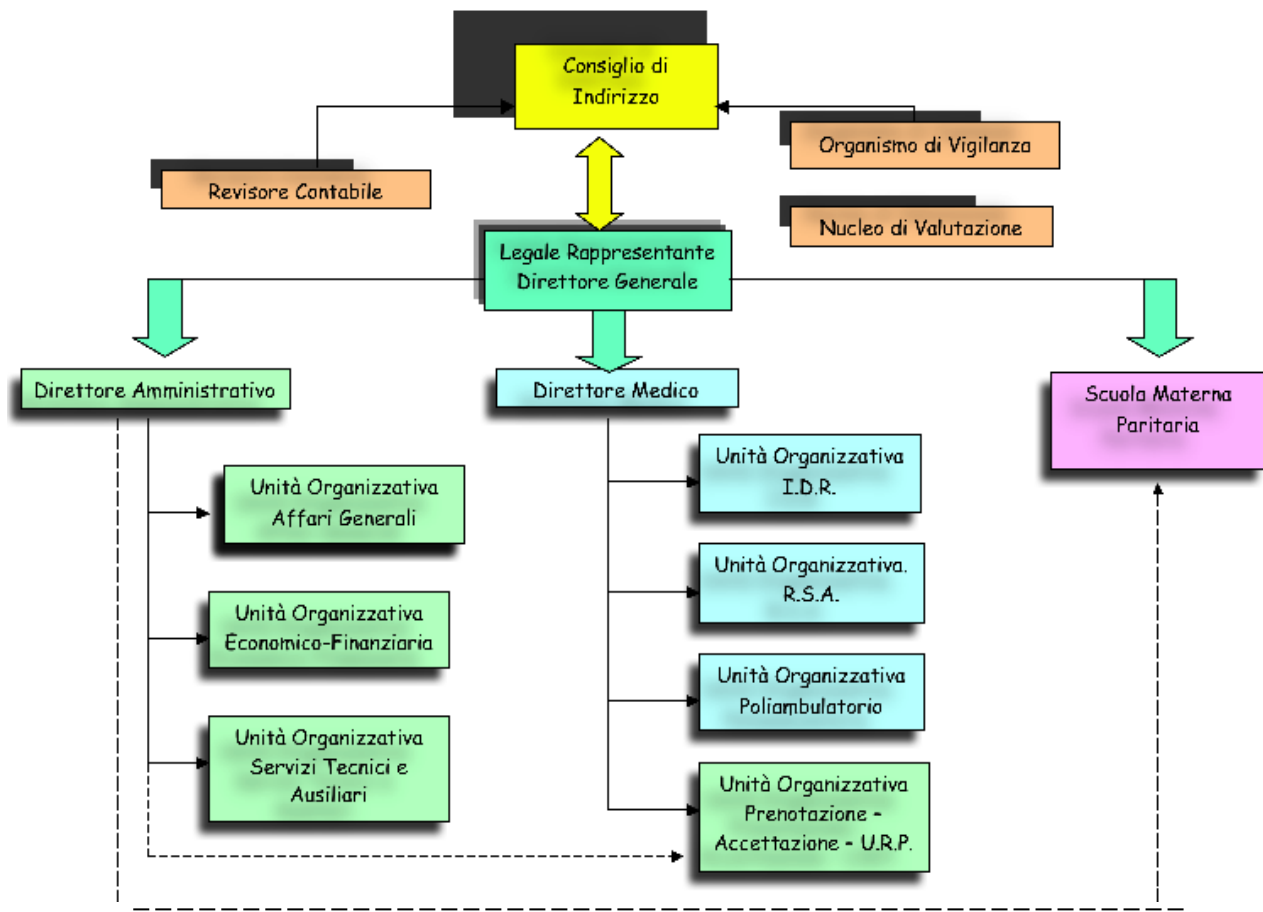
1.3 – L’ASP VALSASINO ED IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

1.3.1 – La struttura organizzativa dell’ASP

Le regole di governo, di gestione e organizzazione dell’ASP sono definite nello “Statuto”, nel “Regolamento di Organizzazione e contabilità” e in tutti gli altri Regolamenti di cui l’Azienda si è dotata per l’esercizio delle sue funzioni.

Attualmente l’Azienda risulta rappresentata da un Consiglio di Indirizzo nominato dalla Regione Lombardia, in attesa dell’istituzione del nuovo Consiglio d’Indirizzo dell’ASP.

Di seguito l’organigramma dell’Azienda.



1.3.2 – Scopo del Modello

Attraverso l’adozione del Modello, L’ASP Valsasino si propone di perseguire le seguenti principali finalità:

- determinare, in tutti coloro che operano in nome e per conto dell’Azienda e sotto la sua direzione e vigilanza nelle aree di attività a rischio, la consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate (capitolo 1.2.1 del presente documento), nella commissione di illeciti passibili di sanzioni penali comminabili nei loro stessi confronti e di sanzioni amministrative irrogabili all’ASP;
- ribadire che tali forme di comportamento illecito sono fortemente condannate dall’Azienda, in quanto le stesse (anche nel caso in cui l’Azienda fosse apparentemente in condizione di trarne vantaggio) sono comunque contrarie, oltre che alle disposizioni di legge, anche ai principi etici ai quali l’ASP Valsasino intende attenersi nell’esercizio dell’attività aziendale e che sono esplicitati nel Codice Etico emesso e diffuso dall’Azienda;
- consentire all’Azienda, grazie ad un’azione di monitoraggio sulle aree di attività a rischio, di intervenire tempestivamente per prevenire o contrastare la commissione dei reati stessi.



Nell'ottica della realizzazione di un programma d'interventi sistematici e razionali per l'adeguamento dei propri modelli organizzativi e di controllo, l'ASP ha predisposto una mappa delle attività "a rischio" ovvero quelle che, per la loro natura, rientrano tra le attività da sottoporre ad analisi e monitoraggio alla luce delle prescrizioni del D.Lgs. 231/2001.

A seguito dell'individuazione delle attività "a rischio" (definite anche "attività sensibili"), l'ASP Valsasino ha ritenuto opportuno definire i principi di riferimento del Modello di organizzazione, gestione e controllo che intende attuare.

L'analisi del rischio, la mappatura delle aree ed i relativi principi di controllo sono esplicitati al capitolo 2 "Parte speciale" del presente documento.

1.3.3 – Elementi costitutivi del Modello

Il Modello di organizzazione, gestione e controllo dell'ASP Valsasino si compone di:

- Codice Etico;
- Documento descrittivo del "Modello di organizzazione, gestione e controllo" suddiviso in:
 - a) Parte Generale che illustra sinteticamente l'organizzazione e principi ispiratori, la struttura documentale del Modello, modifiche ed integrazioni, lo statuto dell'Organismo di Vigilanza, il sistema disciplinare, le attività di comunicazione e formazione del Modello;
 - b) Parte Speciale che descrive, le modalità di individuazione dei rischi e l'analisi dei presidi di controllo, le aree a rischio e per ciascuna delle aree di attività potenzialmente a rischio, i principi di comportamento e controllo ritenuti utili per la prevenzione dei rischi stessi.

L'Elenco dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001 ("*tabella reati/illeciti presupposto della responsabilità ex Dlg 231:01 con riferimenti legislativi e sanzioni?*") pubblicato ed aggiornato dall'ing. Ciro Alessio Strazzeri sul sito internet www.ilportale231.com;

Integrano il presente Modello, lo Statuto, Regolamento di Organizzazione e contabilità, e tutti i Regolamenti o altri documenti prescrittivi di cui l'ASP si è dotata per l'esercizio delle sue funzioni e che risultano utili strumenti di diffusione e controllo dei principi esplicitati nel Modello stesso.

1.3.4 – Modifiche ed integrazioni

Il documento descrittivo del "Modello di organizzazione, gestione e controllo" ed il Codice Etico sono approvati con Delibera del Consiglio d'Indirizzo dell'ASP Valsasino.

Interventi di adeguamento e aggiornamento del Modello di organizzazione potranno rendersi necessari in occasione di:

- cambiamenti significativi della struttura organizzativa o dell'operatività dell'ASP;
- significative violazioni del Modello e/o esiti di verifiche sull'efficacia del medesimo o di esperienze di pubblico dominio del settore;
- eventi (novità legislative, richieste del CdI, etc.) che richiedano l'estensione dell'ambito di applicazione del Modello a nuove fattispecie di rischio.

Il Modello di organizzazione sarà pertanto sottoposto da parte dell'Organismo di Vigilanza a procedimento di analisi periodica al fine di garantire la continuità dinamica delle funzioni che gli sono proprie in relazione all'evoluzione delle esigenze dell'Azienda.

Le proposte di aggiornamento e adeguamento del Modello che dovessero scaturirne, elaborate attraverso la partecipazione delle competenti funzioni dell'ASP e/o anche utilizzando esperti esterni, verranno sottoposte al Consiglio d'Indirizzo per l'approvazione finale, previo parere dell'Organismo di Vigilanza, che ne dà contestuale comunicazione al Consiglio d'Indirizzo.



1.4 – ORGANISMO DI VIGILANZA

1.4.1 – Nomina, durata e sostituzione dei membri

L'Organismo di Vigilanza (OdV) dell'ASP Valsasino è un organo monocratico composto da un membro esterno all'Azienda, scelto su decisione del CdI, selezionato in base ai requisiti di competenza e comprovata esperienza in merito ai compiti assegnati all'OdV.

L'Organismo viene nominato dal CdI dell'Azienda, a tal fine, deve garantire il rispetto dei seguenti requisiti:

- professionalità, intesa come “possesso di adeguate competenze specialistiche”. Il componente dell'Organismo di Vigilanza deve essere scelto preferibilmente tra professionisti iscritti all'Albo degli Avvocati (costituisce titolo di preferenza l'abilitazione alla Magistrature Superiori);
- esperienza in materia di responsabilità nell'attività sanitaria e nella sua organizzazione;
- onorabilità, intesa come assenza di cause di ineleggibilità, previste per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo;
- autonomia e indipendenza, intese come possesso di autonomi poteri di iniziativa e controllo; assenza di vincoli di parentela, entro il quarto grado, con gli Amministratori e/o i componenti del Collegio dei Revisori dei Conti e/o i dipendenti;
- assenza di legami con l'Azienda derivanti da interessi economici rilevanti o di altra natura che possano generare conflitti o condizionare i doveri di controllo da esercitare ai sensi del D.Lgs. 231/2001;
- continuità di azione da realizzarsi anche attraverso il supporto di una struttura interna dedicata; l'OdV è organismo dedito esclusivamente all'espletamento delle funzioni assegnategli e non possono, pertanto, venir ad esso attribuite ulteriori funzioni.

Il membro dell'Organismo di Vigilanza deve, al momento dell'accettazione dell'incarico, rilasciare formale dichiarazione di sussistenza, in capo alla propria persona, dei sopra indicati requisiti di onorabilità, autonomia e indipendenza.

Il CdI deve garantire autonomia e indipendenza all'Organismo di Vigilanza attraverso:

- il rispetto dei criteri di nomina sopra enunciati;
- l'attribuzione dei poteri che di seguito verranno elencati;
- l'approvazione annuale del budget di spesa;
- la dotazione di risorse idonee per poter svolgere l'attività, anche avvalendosi, se del caso, di consulenti esterni specializzati.

E' rimessa al CdI la responsabilità di valutare periodicamente l'adeguatezza dell'Organismo di Vigilanza, in termini di struttura organizzativa e di poteri conferiti, apportando, mediante delibera consiliare, tutte le modifiche e/o integrazioni ritenute necessarie. In particolare:

- il componente dell'Organismo rimane in carica tre anni, con possibilità di rinnovare il mandato con apposita delibera del CdI, che stabilisce, nella medesima seduta, il compenso spettante per gli incarichi assegnati;
- il membro dell'Organismo decade in caso di perdita dei requisiti di eleggibilità, onorabilità, professionalità e indipendenza; esso deve comunicare tempestivamente al Presidente del CdI e agli altri componenti l'eventuale perdita dei requisiti, in tal caso, il CdI provvede a nominare, senza indugio, i nuovi membri, sulla base dei criteri di composizione sopra definiti;
- l'Organismo si intende, altresì, decaduto se l'Azienda incorre in sentenza di condanna per violazione del D.Lgs. 231/2001 a seguito di accertata inadeguatezza ovvero omissione dell'attività di vigilanza;
- l'Organismo di Vigilanza non può essere revocato dal CdI se non per giusta causa accertata dal Consiglio. Per giusta causa di revoca può anche intendersi, a titolo meramente esemplificativo:
 - a) una grave negligenza nell'espletamento dei compiti assegnati;
 - b) un'assenza ingiustificata per più di tre volte consecutive alle sedute dell'Organismo;
 - c) l'interruzione del rapporto di collaborazione, laddove il componente sia anche collaboratore dell'Azienda.

La rinuncia da parte del membro dell'OdV può essere esercitata in qualsiasi momento tramite comunicazione al Presidente del CdI e agli altri componenti.



1.4.2 – Compensi e budget

Il compenso al membro dell'Organismo di Vigilanza è fissato dal CdI. L'Organismo deve essere dotato di autonoma capacità di spesa, sulla base del budget assegnatogli dal CdI con cadenza annuale su proposta dell'OdV stesso, commisurata con i compiti da svolgere; tale capacità potrà essere esercitata per le esigenze derivate dall'espletamento dei compiti assegnati ed ogniqualvolta l'Organismo decida di avvalersi di servizi o di professionisti esterni al fine di vigilare sul funzionamento (Internal audit), l'efficacia e l'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento, nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni di cui al D. Lgs. 231/2001.

1.4.3 – Regolamento per la convocazione ed il funzionamento

L'Organismo di Vigilanza riferisce direttamente al CdI e, una volta costituito, applica le regole di organizzazione e funzionamento che integrano il presente Modello (capitolo 1.4).

L'Organismo si attiva con sedute almeno semestrali; se necessario, può programmare verifiche più frequenti. Le formalità di convocazione potranno essere espletate mediante l'invio di un fax o di un messaggio di posta elettronica ai vertici dell'Azienda.

La convocazione deve indicare l'ordine del giorno, ovvero i temi su cui l'OdV è chiamato a pronunciarsi nel corso dell'attività. L'Organismo potrà essere convocato in qualsiasi momento con congruo preavviso dal CdI per riferire in merito al funzionamento del Modello o a situazioni specifiche.

L'OdV, redige il verbale di ciascuna seduta, custodisce e aggiorna i libri e l'archivio delle attività di sua competenza/interesse secondo quanto stabilito al capitolo 1.4.7 del presente documento.

L'OdV cura il buon esito delle comunicazioni e delle operazioni che derivano dalle decisioni assunte dall'OdV. Per un miglior coordinamento delle attività di vigilanza e per un più efficace scambio d'informazioni, alle riunioni dell'Organismo, possono essere invitati il Direttore Generale, il Direttore Medico, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ed i responsabili delle Unità Organizzative dell'ASP.

Annualmente, in concomitanza con l'approvazione del bilancio, l'Organismo di Vigilanza redige una Relazione che consegna al CdI e al Revisore Contabile che deve:

- riepilogare l'attività svolta nel corso dell'esercizio e le eventuali criticità emerse;
- render conto del budget di spesa;
- evidenziare le eventuali modifiche non strutturali apportate al Modello nel corso dell'esercizio.

1.4.4 – Funzioni e poteri

All'Organismo di Vigilanza è attribuito il compito di vigilare con autonomi poteri di controllo e iniziativa:

- sull'attività di diffusione del Modello all'interno dell'Azienda e di informazione nei confronti dei soggetti esterni (fornitori, consulenti, collaboratori...). In particolare, l'OdV. deve:
 - a) promuovere in sinergia con l'ASP Valsasino idonee iniziative per la diffusione, l'informazione e la comprensione del Modello;
 - b) predisporre la documentazione organizzativa interna necessaria al funzionamento del Modello stesso, contenente istruzioni, chiarimenti o aggiornamenti.
- sull'attività di formazione sui contenuti del Decreto 231/2001 e s.m.i. e del Modello nei confronti di tutto il personale dell'Azienda, dipendente e a contratto, così come meglio descritto nel successivo capitolo 1.6 del presente documento. A tal fine, esso deve:
 - a) verificare, insieme al management, i programmi di formazione per il personale finalizzati a fornire la necessaria sensibilizzazione e le conoscenze di base della normativa di cui al Decreto 231/2001;
 - b) verificare la completa attuazione dei piani di formazione sul Decreto 231/2001 e sul Modello.
- sull'osservanza e sul funzionamento delle prescrizioni del Modello da parte dei suoi destinatari



(amministratori, personale dipendente, medici, collaboratori e qualsiasi altro soggetto che possa agire in nome e per conto dell'ASP). Più precisamente, esso deve:

- a) attivare le procedure di controllo e verificare che le stesse siano adeguate e rispondenti alle esigenze di osservanza di quanto prescritto dal D. Lgs. 231/2001;
 - b) disporre periodicamente verifiche su determinate operazioni, processi o atti specifici posti in essere nell'ambito delle aree di attività "sensibili" riportate al capitolo 2 (intitolato "Parte Speciale") del presente documento;
 - c) coordinarsi con le altre funzioni aziendali per il migliore monitoraggio delle attività "sensibili". A tal fine, l'Organismo di Vigilanza ha libero accesso a tutta la documentazione aziendale che ritiene rilevante; deve essere tenuto costantemente informato dagli Amministratori e dai Responsabili delle Unità organizzative sugli aspetti dell'attività aziendale che possono esporre la struttura al rischio di commissione dei reati;
 - d) effettuare verifiche relative al grado di conoscenza acquisito dal personale dipendente e medico rispetto alle ipotesi di reato previste dal D. Lgs. 231/2001 e al Modello adottato, anche tramite interviste a campione;
 - e) attivare indagini interne (Internal audit), anche con l'eventuale collaborazione di professionisti esterni all'Azienda esperti e preferibilmente qualificati in attività di audit secondo modelli riconosciuti (es. ISO19011), per la raccolta, l'elaborazione e la conservazione delle informazioni rilevanti in ordine al rispetto del Modello e per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del Modello stesso e dei principi elencati al capitolo 2 (intitolato "Parte Speciale") del presente documento;
 - f) segnalare al CdI l'eventuale violazione accertata affinché vengano applicate le sanzioni previste dallo specifico sistema disciplinare (vedi capitolo 1.5 del presente documento).
- sulla reale efficacia ed adeguatezza del Modello in relazione alla struttura aziendale, ed alla effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati di cui al D.Lgs. 231/2001, nonché sull'opportunità di aggiornamento del Modello e delle relative procedure, laddove si riscontrino esigenze di adeguamento dello stesso in relazione a mutate condizioni aziendali e/o normative (vedi capitolo 1.3.4).

A tal fine, l'Organismo deve:

- a) svolgere in sinergia con l'Azienda ricognizioni dell'attività aziendale ai fini di un aggiornamento periodico della mappatura delle attività "a rischio reato" e dei relativi processi sensibili;
- b) esprimere periodicamente, sulla base delle risultanze emerse dalle attività di verifica e controllo, una valutazione sull'adeguatezza del Modello, rispetto alle prescrizioni del Decreto, nonché sull'operatività dello stesso (ciò nell'annuale relazione al CdI);
- c) verificare periodicamente l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni/azioni correttive proposte;
- d) collaborare con le altre Unità organizzative del ASP interessate, proponendo agli organi competenti (CdI) eventuali correzioni e adeguamenti.

Fermo restando che:

- l'Organismo di Vigilanza deve proporre procedimenti sanzionatori ogniqualvolta si riscontrino casi di violazione del Modello o del Codice Etico;
- nell'espletamento della propria attività, l'Organismo di Vigilanza può assumere informazioni da qualsiasi struttura e/o persona della struttura, accedere a tutti i documenti aziendali ed avvalersi della funzione di controllo interno (Internal audit) per effettuare accertamenti e verifiche presso qualunque unità organizzativa. Accertamenti in tal senso possono essere disposti anche con la collaborazione del Revisore Contabile.

1.4.5 – Flussi informativi e comunicativi da parte dell'Organismo

E' compito dell'Organismo assicurare adeguati flussi informativi verso il CdI mediante la presentazione della Relazione Annuale, che dovrà contenere informazioni:

- sull'attività svolta e sulla gestione finanziaria del budget assegnato (vedi cap. 1.4.2 e 1.4.3), motivando gli eventuali scostamenti;
- in merito alle eventuali variazioni "non sostanziali" apportate al Modello e alle relative procedure che formano parte integrante dello stesso con la proposta delle eventuali modifiche sostanziali da attuare, previa specifica approvazione del CdI (vedi cap. 1.4.4);
- sulle segnalazioni ricevute nel corso dell'esercizio, suddividendole per ciascuna attività a rischio ed indicando le funzioni o unità organizzative coinvolte, unitamente ad una sintesi degli esiti relativamente alle



pratiche chiuse;

- sull'eventuale presenza di violazioni accertate e sul buon funzionamento del sistema disciplinare e sanzionatorio (vedi capitolo 1.5 del presente documento);
- sull'adozione di un Programma annuale delle Verifiche (audit interni) ai sensi del D. Lgs. 231/2001, anche in base al piano di spesa per l'esercizio successivo (vedi cap. 1.4.2).

Gli incontri con gli Organi Aziendali cui l'OdV riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali deve essere custodita dall'OdV.

Qualora l'OdV riferisca in un'occasione ove sia prevista la verbalizzazione nel libro dei verbali del Consiglio d'Indirizzo, ovvero in quello del Collegio dei Revisori l'OdV non sarà tenuto a redigere verbale nel proprio libro delle riunioni, ma sarà archiviata a cura dell'OdV stesso una copia del verbale dell'Organo di riferimento.

Il Revisore dei conti, il Consiglio d'Indirizzo, il Presidente del CdI e il Direttore Generale hanno la facoltà di convocare in qualsiasi momento con congruo preavviso l'OdV il quale, a sua volta, ha la facoltà di richiedere, attraverso le funzioni o i soggetti competenti, la formale convocazione dei predetti organi per motivi urgenti.

1.4.6 – Flussi informativi e comunicativi verso l'Organismo

L'Organismo di Vigilanza ha il compito di monitorare le operazioni potenzialmente sensibili e di predisporre un efficace sistema di comunicazione interno per consentire la trasmissione e la raccolta di notizie rilevanti ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il quale prevede, all'art 6, comma 2, lettera d), al fine di favorire il corretto espletamento dei compiti ad esso assegnati, l'obbligo d'informazione verso l'OdV da parte dei destinatari del Modello.

Le segnalazioni verso l'OdV riguardano tutte le violazioni del Modello.

In particolare:

- quanto agli obblighi d'informativa relativi ad atti ufficiali, devono essere trasmesse all'Organismo di Vigilanza le informative concernenti:
 - a) la pendenza di un procedimento penale a carico dei dipendenti e le segnalazioni o le richieste di assistenza legale inoltrate dal personale in caso di avvio di procedimento giudiziario per uno dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001;
 - b) i rapporti preparati dai responsabili di altre funzioni aziendali e/o Unità organizzative nell'ambito della loro attività di controllo dai quali possano emergere notizie relative all'effettiva applicazione del Modello, nonché fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D. Lgs. 231/2001;
 - c) le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e le eventuali sanzioni irrogate, in relazione a fattispecie previste dal D. Lgs. 231/2001, ovvero ai provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni.
- Quanto alle segnalazioni di violazioni del Modello devono essere segnalate in forma scritta all'Organismo di Vigilanza tutte le violazioni o sospette violazioni delle regole previste dal Modello.

Tale obbligo grava su tutti i soggetti (amministratori, revisori, dipendenti, collaboratori, consulenti esterni, fornitori ecc.) che, nello svolgimento della loro attività, vengano a conoscenza delle suddette violazioni.

Ciascuna segnalazione dovrà essere sufficientemente circostanziata e dovrà evidenziare tutte le informazioni necessarie e sufficienti ad identificare i termini della violazione, al fine di consentire all'Organismo di Vigilanza di attivarsi tempestivamente e in modo efficace nelle attività d'indagine.

Le segnalazioni possono pervenire all'Organismo di Vigilanza sia in forma cartacea indirizzata direttamente all'Ufficio Protocollo dell'ASP che in forma elettronica, all'indirizzo e-mail odv@aspvalsasino.it

L'Organismo di Vigilanza dovrà valutare con tempestività le segnalazioni ricevute e gli eventuali provvedimenti che si rendessero necessari. L'eventuale decisione di non dar corso allo svolgimento d'indagini interne dovrà essere motivata, documentata e conservata gli atti dell'Organismo stesso (vedi cap. 1.4.7).

Compito dell'Organismo di Vigilanza è garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando anche la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della struttura o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede; il venir meno a tale



obbligo rappresenta una grave violazione del Modello.

1.4.7 – Registrazione delle attività

L'Organismo di Vigilanza deve costituire un dossier contenente la documentazione delle attività svolte con particolare riferimento alle:

- attività di formazione intraprese dalla struttura e relativi risultati, suddivisi per categoria e livello gerarchico;
- attività di verifica (Internal audit) svolte, con indicazione della durata e motivazione della verifica, dell'attività sensibile e delle unità organizzative interessate, della sintesi della verifica, delle principali evidenze e degli eventuali suggerimenti;
- segnalazioni ricevute, suddivise per attività sensibile, con indicazione del numero di segnalazioni che hanno avuto seguito e delle funzioni o unità organizzative coinvolte;
- attività periodiche di aggiornamento del Modello, indicando i principali interventi eseguiti.

L'Organismo dovrà, inoltre, tenere un libro delle proprie adunanze, ove, per ogni convocazione, dovranno essere riportate le seguenti informazioni:

- numero progressivo e anno di riferimento;
- data riunione;
- ordine del giorno;
- verbale della riunione, con evidenza delle principali decisioni assunte.

Ogni informazione, segnalazione, report prodotti o conservati dall'OdV deve essere custodito nel rispetto dei tempi di legge e non meno di 10 anni nell'apposito data base (informatico e cartaceo) gestito dall'Organismo, ferma restando l'osservanza delle disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali e dei diritti da essa garantiti in favore degli interessati.

Viene consentito l'accesso alla consultazione della documentazione dell'OdV, ai membri del Consiglio d'Indirizzo e del Revisore dei conti.



1.5 – SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

Ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. e) e dell'art. 7, comma 4, lett. b) del D. Lgs. 231/2001, il sistema disciplinare costituisce un requisito essenziale del Modello ai fini di una possibile esclusione della responsabilità amministrativa dell'ASP.

Il sistema disciplinare nei confronti dei dipendenti dell'Azienda è regolato dal CCNL Sanità Pubblica che negli accordi stipulati da ARAN e dalle Rappresentanze Sindacali firmatarie dei Contratti in data 1.9.1995, 19.4.2004, 10.4.2008 individuano le sanzioni applicabili. La stessa normativa regola anche le modalità di attuazione del sistema disciplinare.

Stante la qualità di Ente Pubblico dell'ASP trovano altresì applicazione sia le disposizioni contenute dalla legge [29/03/2001 n. 97](#) recante la disciplina normativa dei rapporti tra procedimento penale (e giudicato penale) e lavoro alle dipendenze delle PA.

Da ultimo il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190." Contiene disposizioni che riguardano anche l'attribuzione, appunto, di incarichi e l'intervenuta incompatibilità degli stessi.

La definizione di misure disciplinari applicabili in caso di violazione delle regole previste dal Modello rende efficiente l'azione svolta dall'Organismo di Vigilanza ed ha come obiettivo quello di garantire l'efficacia del Modello stesso.

L'applicazione del sistema disciplinare, al quale verrà data ampia diffusione mediante pubblicazione presuppone la violazione del Modello e prescinde dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'Autorità Giudiziaria.

L'ASP recependo il sistema sanzionatorio del CCNL Sanità Pubblica definisce una graduazione delle sanzioni applicabili, e ciò con riferimento al differente grado di pericolosità e/o gravità che i comportamenti possono presentare rispetto alla commissione dei reati.

In particolare, la tipologia e l'entità della sanzione varieranno in funzione dei seguenti fattori:

- elemento soggettivo della condotta, a seconda, cioè, che quest'ultima sia stata contraddistinta da dolo, colpa, negligenza o imperizia;
- rilevanza oggettiva degli obblighi violati;
- livello di responsabilità gerarchica e/o tecnica ricoperto dall'autore del comportamento, oggetto di sanzione;
- eventuale condivisione di responsabilità con altri soggetti che abbiano concorso nella violazione delle regole previste dal Modello;
- presenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo alla professionalità, alle precedenti prestazioni lavorative, ai precedenti disciplinari, alle circostanze in cui è stato commesso il fatto;
- eventuale reiterazione delle condotte sanzionabili.

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 5, lettera b) e 7 del D. Lgs. 231/2001, le sanzioni previste nei successivi capitoli verranno applicate, a seconda della gravità, nei confronti del personale dell'Azienda che abbia posto in essere illeciti disciplinari derivanti da:

- mancato rispetto delle disposizioni previste dal presente Modello o dal Codice Etico;
- mancato rispetto delle norme previste nell'ambito della normativa sulla Sicurezza sul Lavoro;
- mancata ed ingiustificata partecipazione agli incontri di formazione organizzati dalla struttura sul funzionamento del presente Modello, del Codice Etico e, in generale, sul Decreto Legislativo 231/01;
- omessa vigilanza dei superiori gerarchici sui propri sottoposti in merito alla applicazione del Modello;
- violazioni e/o elusioni del sistema di controllo poste in essere mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione prevista ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza.

Il presente Modello è parte integrante della normativa aziendale. Eventuali violazioni sostanziali delle singole regole di comportamento contenute nel Modello e delle correlate procedure aziendali, costituiscono:



- inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro;
- illecito disciplinare;
- fatto pregiudizievole al riconoscimento di eventuali bonus e/o incentivi e saranno regolate come di seguito specificato.

1.5.1 – Misure nei confronti degli Amministratori e del Revisore dei conti

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico e del Modello, da parte degli Amministratori, del Direttore Generale o del Revisore contabile dell'Azienda, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Consiglio di Indirizzo nella sua qualità di organo di vertice dell'Azienda ove ciò risultasse possibile ed il Revisore, i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative e provvedimenti.

In casi di gravi violazioni da parte di un Amministratore, non giustificate e/o non ratificate dal Consiglio di Indirizzo, il fatto potrà considerarsi giusta causa per attivare la procedura necessaria per la sostituzione dello stesso nei limiti delle disposizioni previste dalla normativa vigente. Se del caso, l'ASP agirà per il risarcimento del danno.

1.5.2 – Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico e del Modello, da parte dei membri dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Indirizzo, su segnalazione dell'Organismo stesso o del Direttore Generale e sentito il revisore dei conti, provvederà a rimuovere il componente dell'Organismo stesso dal suo incarico e a sostituirli in tempi brevi. Se del caso, l'ASP agirà per il risarcimento del danno.

1.5.3 – Misure nei confronti dei Dirigenti apicali

Ove siano ravvisate condotte rilevanti ai sensi del presente Modello e del Codice Etico, con riferimento all'incidenza potenziale dell'inottemperanza a regole di comportamento definite da atti e procedure sui rischi di reato da parte di un Dirigente apicale, saranno applicate le sanzioni mutate da quelle applicabili agli altri Dipendenti, fatte salve eventuali diverse previsioni nell'ambito della contrattazione collettiva applicabile. Si vedano, dunque, le regole del capitolo successivo (1.5.4).

1.5.4 – Misure nei confronti dei Dipendenti

Con riguardo ai dipendenti occorre rispettare i limiti connessi al potere sanzionatorio imposti dall'articolo 7 della legge n. 300/1970 (c.d. "Statuto dei lavoratori") e dai CC.CC.NN.L. così come già richiamato nel precedente paragrafo 1.5 del presente documento, sia per quanto riguarda le sanzioni applicabili (che in linea di principio risultano "tipizzate" in relazione al collegamento con specificati indebiti disciplinari) sia per quanto riguarda la forma di esercizio di tale potere.

L'ASP Valsasino ritiene che il sistema disciplinare correntemente applicato al proprio interno, in linea con le previsioni di cui al vigente CCNL, sia munito dei prescritti requisiti di efficacia e deterrenza.

Il mancato rispetto e/o la violazione dei principi generali del Modello e del Codice Etico, ad opera di dipendenti dell'Azienda, costituiscono quindi inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro e illecito disciplinare.

Con riferimento alle sanzioni applicabili, si precisa che esse saranno adottate nel pieno rispetto delle procedure previste dalle normative collettive nazionali ed aziendali applicabili al rapporto di lavoro. In particolare, per il personale dipendente, saranno applicate le sanzioni di cui all'art. 30 (richiamo verbale; ammonizione scritta; multa fino a un massimo di 4 ore di retribuzione; sospensione fino a un massimo di 10 giorni; licenziamento) del CCNL, nei seguenti termini:

- Richiamo verbale



- a) Lieve inosservanza delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale, delle procedure aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni;
- b) Tolleranza di lievi inosservanze o irregolarità commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle procedure aziendali e del sistema dei controlli interni.

Si considerano di “lieve inosservanza” quelle condotte non caratterizzate da dolo o colpa grave e che non abbiano generato rischi di sanzioni o danni per la Struttura.

- **Richiamo scritto**
 - a) Inosservanza colposa delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle procedure aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni;
 - b) Tolleranza di inosservanze colpose commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle procedure aziendali e del sistema dei controlli interni;
 - c) Mancato adempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell’Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate;
 - d) Reiterazione dei comportamenti rappresentanti “lieve inosservanza”.

Si ha “inosservanza colposa” nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo e/o non abbiano generato potenziali rischi di sanzioni o danni per la Struttura.

- **Multa**
 - a) Violazione colposa riguardante una procedura relativa alle aree/attività a rischio commissione reati i sensi del D.Lgs. 231/01, tale da compromettere l’efficacia generale del Modello a prevenire gli specifici reati. L’applicazione della multa, che dovrà essere d’importo non superiore a quattro ore della retribuzione base, dovrà avvenire nel rispetto dei limiti previsti dal CCNL di categoria.
- **Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni**
 - a) Inosservanza ripetuta o grave delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle procedure previste dal Modello;
 - b) Omessa segnalazione o tolleranza di inosservanze gravi commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, del Codice Etico e delle procedure Aziendali;
 - c) Ripetuto inadempimento a richieste d’informazione o di esibizione di documenti da parte dell’Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.
- **Sospensione dal servizio con mantenimento del trattamento economico per lavoratori sottoposti a procedimento penale ex D. Lgs. 231/2001**
 - a) Nei confronti di lavoratori sottoposti ad indagini preliminari ovvero sottoposti ad azione penale per un Reato, l’Azienda può disporre, in ogni fase del procedimento penale in atto, l’allontanamento dal servizio del soggetto interessato per motivi cautelari. L’allontanamento dal servizio deve essere reso noto per iscritto al lavoratore interessato e può essere mantenuto dall’Azienda per il tempo dalla medesima ritenuto necessario ma non oltre il momento in cui sia divenuta irrevocabile la decisione del giudice penale. Il lavoratore allontanato dal servizio conserva per il periodo relativo il diritto all’intero trattamento economico ed il periodo stesso è considerato servizio attivo per ogni altro effetto previsto dal CCNL.
- **Licenziamento per giusta causa (ex art. 2119 cod.civ.)**
 - a) Notevole violazione (dolosa o con colpa grave) delle norme di comportamento previste dal Modello, dal Codice Etico e dalle relative procedure aziendali, tali da provocare grave nocimento morale o materiale alla Struttura e tali da non consentire la prosecuzione del rapporto neppure in via temporanea, quale l’adozione di comportamenti che integrano uno o più fatti illeciti che rappresentino presupposti dei Reati, ovvero a titolo di esempio:
 - i) Infrazione dolosa delle norme aziendali emanate ai sensi del D. Lgs. 231/2001 di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi penali o pecuniari o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.
 - ii) Compimento doloso di atti non dovuti od omissione di atti dovuti ai sensi del Modello o delle relative Procedure, che abbia causato, al termine di un processo giudiziario, la condanna della Struttura a pene pecuniarie e/o interdittive per aver compiuto i reati previsti dal D. Lgs. 231/2001.
 - iii) Infrazione dolosa di procedure Aziendali e/o del sistema dei controlli interni di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi tecnico organizzativi, legali, economici o reputazionali o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.



1.5.5 – Misure nei confronti dei Medici libero professionisti

Particolare rilievo assume, all'interno delle strutture organizzative la figura del medico libero professionista, lavoratore autonomo esterno, anche parasubordinati (co.co.co. co.co.pro) che presta la propria opera professionale all'interno dell'Azienda, in ragione di un contratto di incarico libero professionale.

I contratti d'incarico libero professionale stipulati a far data dall'1 febbraio 2014 tra l'ASP e i medici prevedono l'assunzione di responsabilità da parte del medico contraente in merito all'assoluta osservanza dei principi contenuti nel Codice Etico e nel Modello di Organizzazione e Controllo ex D.Lgs.231/01 adottati dall'Azienda, nonché delle procedure previste dal Modello stesso e ad esso allegate.

L'osservanza, da parte del medico libero professionista, dei principi e delle procedure contenute nel Modello nell'espletamento dell'incarico lui assegnato rappresenta una delle condizioni indispensabili ai fini dell'erogazione della remunerazione stabilita per lo stesso.

La colpa grave nel rispetto dei principi e delle procedure contenuti nel Modello e la recidiva commissione di infrazioni individua invece una clausola risolutiva del contratto, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, fatta salva, in ogni caso, la facoltà di richiesta di risarcimento da parte dell'Azienda qualora le suddette violazioni possano arrecare ad esso danni.

1.5.6 – Misure nei confronti dei collaboratori esterni

La violazione del Modello da parte di collaboratori esterni della struttura determina, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole contrattuali contenute nelle lettere di incarico o negli accordi di convenzione, la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, fatta salva la facoltà di richiesta del risarcimento qualora le suddette violazioni possano arrecare danni alla struttura.

Conseguentemente, in tutti i rapporti nei confronti di tali soggetti devono prevedersi, laddove possibile, specifiche clausole risolutive all'interno dei contratti di fornitura e collaborazione o lettere di incarico, nonché clausole di risarcimento del danno e manleva.

A tal fine, il Modello e il Codice Etico dovranno essere messi a disposizione dei collaboratori esterni della struttura.

1.5.7 – Misure nei confronti dei fornitori

La violazione del Modello da parte di fornitori della struttura determina la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 c.c.



1.6 – DIFFUSIONE DEL CODICE ETICO E DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Ai fini dell'efficacia del presente Modello e del relativo Codice Etico deve essere svolta un'adeguata attività di diffusione, informazione e formazione nei confronti di tutto il personale della struttura, per favorire la conoscenza di quanto previsto dal Decreto 231/2001 e dal Modello adottato nelle sue diverse componenti (codice etico e comportamentale, mappatura delle aree/attività a rischio di reato, normativa e/o procedure che regolamentano le attività sensibili, Organismo di Vigilanza, flussi informativi e segnalazioni da parte e all'Organismo di Vigilanza, sistema disciplinare, ecc.).

1.6.1 – Diffusione ed informazione

Tutto il personale deve essere informato sul contenuto del Decreto 231/2001 e del Modello sia mediante sua consegna a ciascun interessato, sia tramite comunicazioni interne, pubblicate nella rete intranet aziendale, con area specificamente dedicata al D. Lgs. 231/2001, nella quale è consultabile il presente Modello ed il relativo Codice Etico. I documenti presenti in tale spazio devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni delle normative esterne e del Modello stesso.

Al Modello viene garantita la massima diffusione e pubblicità mediante la pubblicazione del Codice Etico sul sito internet dell'Azienda.

La componente del Modello relativa al Sistema Disciplinare e Sanzionatorio dovrà inoltre essere esposta nelle bacheche aziendali e/o sulla rete intranet.

Ai nuovi assunti deve essere consegnato un set informativo, con il quale assicurare loro le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tale set informativo conterrà, oltre ai documenti di norma consegnati al neo-assunto, il Codice Etico e il Modello. I dipendenti sono tenuti a rilasciare all'ASP una dichiarazione sottoscritta, ove si attesti l'impegno ad osservarne le prescrizioni.

Il Medico libero professionista è tenuto a rilasciare all'Azienda dichiarazione sottoscritta dell'avvenuta ricezione del Modello, del Codice Etico e dell'impegno alla completa osservanza, nell'espletamento delle proprie funzioni, delle norme e dei principi in essi contenute.

E', inoltre, necessario prevedere analogia informativa e pubblicità del Modello per i collaboratori esterni (consulenti...), nonché per i collaboratori a contratto, cosiddetti parasubordinati..., secondo modalità differenziate, in relazione alla possibilità di accesso alla normativa aziendale, piuttosto che attraverso consegna cartacea del Modello e del Codice Etico ed eventualmente distinguendo, in relazione alla tipologia di rapporto contrattuale e alla tipologia di attività svolta in relazione ai rischi di reato presupposto del D. Lgs. 231/2001.

1.6.2 – Formazione

Al fine di garantire l'effettiva conoscenza del Modello, una volta che è stato diffuso e/o consegnato, ed è stato sensibilizzato il personale sul rispetto della normativa e sull'osservanza dei principi e delle procedure in esso contenute, devono essere previste specifiche attività formative definite all'interno di apposito e organico Piano formativo.

La partecipazione alle attività di formazione previste dal suddetto Piano rappresenta una condizione essenziale non solo a garanzia dell'effettiva attuazione del Modello, ma anche ai fini della corretta osservanza dello stesso, anche in relazione a quanto previsto dal sistema sanzionatorio (di cui al capitolo 1.5 del presente Modello).

La formazione è obbligatoria per tutti i livelli aziendali. Deve essere rilevata attraverso la registrazione dei partecipanti e/o l'attestazione di partecipazione.

E' compito dell'Organismo di Vigilanza verificare la pianificazione, con la funzione aziendale preposta, l'attività di formazione dei dipendenti, dei medici liberi professionisti e del management sui contenuti del Codice Etico, del Modello e delle relative procedure operative, sulle modalità di attuazione ad esse relative, sul livello di rischio di ogni singola area aziendale e sul sistema sanzionatorio previsto in caso di mancata osservanza dei suddetti documenti di *governance* aziendali.

La formazione deve prevedere i seguenti contenuti:



AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA VALSASINO

- una parte comune per tutti i destinatari, avente ad oggetto la normativa di riferimento, il Modello e il suo funzionamento;
- una parte speciale, con riferimento a specifici e ben determinati ambiti operativi. Essa deve essere finalizzata a diffondere la conoscenza dei reati, le fattispecie configurabili e i presidi specifici delle aree di competenza dei singoli operatori.

I contenuti formativi devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni della normativa e del Modello; nel caso di aggiornamento significativo della normativa di riferimento, la formazione deve prevedere le necessarie integrazioni.

E' compito dell'Organismo di Vigilanza verificare la completa attuazione del Piano di formazione, raccogliere le evidenze relative all'effettiva partecipazione ai corsi e conservarle negli appositi archivi, nonché effettuare controlli periodici sul grado di conoscenza da parte dei dipendenti del D.Lgs. 231/2001, del Modello e delle procedure aziendali.



2 PARTE SPECIALE

Al fine di individuare il profilo di rischio dell'Azienda è stata svolta un'azione, che viene periodicamente rinnovata, di individuazione delle attività a rischio (c.d. mappatura) e di analisi dei presidi di controllo in essere (c.d. *gap analysis*).

La fase di mappatura dei rischi si sostanzia in una preliminare analisi dei processi e delle attività svolte nell'ambito dell'ASP Valsasino con la finalità di individuare specifiche aree di rischio.

Sulla base dei processi e delle attività svolte dall'Azienda, la mappa delle attività a rischio è così rappresentata:

PROGRESSIVO	AREE A RISCHIO
1	Gestione delle risorse umane
2	Gestione del contenzioso e dei rapporti con le Autorità Giudiziarie
3	Acquisto di beni e servizi
3	Gestione dei flussi monetari e finanziari
4	Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza
5	Gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro
6	Gestione dei sistemi informativi
7	Gestione delle liberalità
8	Gestione dei finanziamenti pubblici
9	Gestione delle tariffe regionali per prestazioni accreditate dal S.S.R.
10	Gestione delle liste d'attesa
11	Gestione degli adempimenti in materia ambientale

La fase di *gap analysis* è focalizzata sulla rilevazione e analisi dei presidi organizzativi e di controllo, posti in essere dall'Azienda nelle aree a rischio individuate, con la finalità di valutare la loro capacità di prevenire ovvero individuare situazioni di rischio e, in presenza di punti di debolezza, di proporre le necessarie azioni di miglioramento.

Particolare attenzione in questa fase è posta ai principi generali di un adeguato sistema di controllo interno, e in particolare:

- alla verificabilità e documentabilità di ogni operazione rilevante (sia con riferimento al processo decisionale sia con riferimento all'effettiva esecuzione dei controlli ritenuti rilevanti ai fini della prevenzione dei rischi individuati);
- al rispetto del principio di separazione delle funzioni.

I principi comportamentali e di controllo rilevanti per il presidio delle aree a rischio individuate sono descritti nei capitoli successivi.



2.1 – GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione delle risorse umane e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti richiamati dal D.lgs. 231.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 640 c.p. Truffa;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione delle risorse umane:

- selezione e assunzione di personale;
- gestione sistema di incentivazione;
- gestione amministrativa del personale;
- gestione dei rimborsi spese.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione delle risorse umane prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Consiglio d’Indirizzo;
- Direttore Generale;
- Unità organizzativa affari generali
- Unità organizzativa economico finanziaria

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità operative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’ASP, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione delle risorse umane - devono attenersi:

- a. operare nel rispetto del criterio di meritocrazia in relazione alle reali esigenze dell’operatività dell’Azienda;
- b. effettuare attività di selezione e assunzione per accertate necessità organizzative atte a garantire che la scelta dei candidati sia effettuata sulla base delle valutazioni di idoneità tecnica e attitudinale; l’attività deve avvenire nel rigoroso rispetto dei Regolamenti interni ed essere ispirata a criteri di trasparenza nella valutazione dei requisiti di competenza e professionalità, di capacità e potenzialità individuale;
- c. garantire l’esistenza della documentazione attestante il corretto svolgimento delle procedure di selezione e assunzione;
- d. assicurare che la definizione delle condizioni economiche sia coerente con la posizione ricoperta dal candidato e le responsabilità/compiti assegnati;
- e. curare che siano assicurate all’interno dell’ASP condizioni di lavoro rispettose della dignità personale, delle pari opportunità e un ambiente di lavoro adeguato.

È fatto esplicito divieto di:

- a. operare secondo logiche di favoritismo;



- b. promettere o concedere promesse di assunzione, avanzamenti di carriera, aumenti retributivi, *benefit*, *bonus* a risorse vicine o gradite a funzionari pubblici quando questo non sia conforme alle reali esigenze operative dell'Azienda e non rispetti il principio della meritocrazia;
- c. promettere o concedere promesse di assunzione, avanzamenti di carriera, aumenti retributivi, *benefit*, *bonus* quale contropartita di attività difformi alle leggi, al Codice Etico e alle norme e regole interne;
- d. assumere personale, anche per contratti temporanei, senza il rispetto delle normative vigenti in materia (ad esempio in termini di contributi previdenziali ed assistenziali, permessi di soggiorno, etc.);
- e. assumere o promettere l'assunzione a impiegati della Pubblica Amministrazione (o loro parenti, affini, ecc.) che abbiano partecipato personalmente e attivamente a una trattativa d'affari ovvero che abbiano partecipato, anche individualmente, a processi autorizzativi della Pubblica Amministrazione o ad atti ispettivi, nei confronti dell'Azienda.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle funzioni o unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione delle risorse umane che richiamano, riassumono o integrano quanto definito da regolamenti o disposizioni emesse dall'Azienda.

Selezione e assunzione del personale

1. Approvazione del *budget* da parte del Consiglio d'Indirizzo e del relativo Programma di assunzione.
2. Svolgimento di attività di verifica della coerenza delle assunzioni rispetto al *budget* stabilito; le eventuali assunzioni extra *budget*, potrebbero essere autorizzate.
3. Assunzione dei candidati mediante:
 - definizione del profilo di interesse;
 - raccolta e *screening* dei *curricula vitae*;
 - per il personale qualificato, svolgimento di almeno un colloquio con i candidati selezionati da parte del Direttore Generale e dei Responsabili richiedenti, volti a valutarne le caratteristiche attitudinali e tecniche.
4. Sottoscrizione dei contratti di assunzione da parte di un soggetto dotato d'idonei poteri secondo il sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure in essere.
5. Approvazione delle assunzioni dei Dirigenti da parte del Direttore Generale nel rispetto del budget stabilito dal CdI.
6. Archiviazione dei contratti di assunzione e della documentazione utilizzata in fase di selezione.
7. Effettuazione delle comunicazioni previste *ex lege* agli enti di competenza con riferimento alle persone assunte e archiviazione della relativa documentazione.
8. Con riferimento all'assunzione di categorie protette invio dei dati agli enti competenti, secondo i termini previsti dalla legge vigente in materia, relativi al numero di dipendenti in forza.
9. Per ciascuna assunzione di personale appartenente alle categorie protette, ottenimento da parte degli Uffici Provinciali competenti del nulla osta all'assunzione.
10. Archiviazione della documentazione relativa all'assunzione di categorie protette e relative dichiarazioni previste *ex lege*.
11. Per quanto concerne le assunzioni del personale medico dirigente, presentazione e sottoscrizione della proposta di assunzione da parte del Direttore Medico; valutazione e eventuale approvazione della proposta di assunzione da parte del Direttore Generale;



Gestione sistemi di incentivazione

12. Formalizzazione in appositi documenti delle attività di valutazione delle performance dei dipendenti per i quali sono previsti erogazioni di incentivi (avanzamenti di carriera e altri benefici di natura economica...), riportanti gli obbiettivi condivisi e, successivamente, l'esito della valutazione; tale documentazione è sottoscritta dai soggetti valutati e dai valutatori.
13. Assegnazione dei *benefits* (es. cellulare aziendale) subordinata alla sottoscrizione da parte del personale ricevente di una lettera con obblighi e divieti relativi all'utilizzo degli stessi.

Gestione amministrativa del personale

14. Inserimento/modifica dell'anagrafica del personale nel sistema informativo da parte delle competenti funzioni in materia di gestione del personale dotate degli adeguati "profil" di accesso.
15. Tracciabilità nel sistema informativo e/o a livello cartaceo di ogni modifica effettuata all'anagrafica dipendenti; archiviazione della documentazione di supporto nella cartella del dipendente.
16. Verifica mensile nel sistema informativo della completezza dei dati di rilevazione presenze con riferimento a permessi, ferie, straordinari e relative approvazioni, da parte delle competenti funzioni o unità organizzative in materia di gestione del personale.
17. Verifica mensile della correttezza:
 - del numero dei cedolini elaborati con riferimento al numero di dipendenti inseriti in anagrafica;
 - dei contributi elaborati.
18. Predisposizione delle distinte di versamento relative agli stipendi e ai moduli fiscali (es: F24) effettuate da servizio in *outsourcing*.
- ~~19. Validazione da parte del Responsabile competente di tutte le elaborazioni dei dati e dei flussi monetari.~~
20. Autorizzazione del pagamento degli stipendi da parte di un soggetto debitamente autorizzato in base al sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
21. Archiviazione di tutta la documentazione relativa ai pagamenti degli stipendi.
22. Identificazione all'interno del sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure del personale autorizzato a trattenere rapporti con gli Enti previdenziali e assistenziali.

Gestione dei rimborsi spese

23. Con riferimento alle principali spese rimborsabili dall'Azienda (vitto, alloggio, ecc.), approvazione della spesa da parte del superiore gerarchico.
24. Gestione del processo di approvazione delle note spese tramite modulistica cartacea; approvazione del diretto superiore del dipendente (in caso di mancata autorizzazione della nota spese da parte del superiore gerarchico del richiedente la nota spesa non può essere rimborsata).
25. Presentazione delle richiesta di rimborso con allegati i giustificativi di spesa fiscalmente validi (ricevute fiscali, scontrini, ecc.).
26. Indicazione, all'interno della richiesta di rimborso spese, delle causali e della tipologia di spesa.
27. Verifica da parte della competente struttura in materia di gestione amministrativa del personale:
 - della corrispondenza tra quanto riportato nelle note spese e i giustificativi consegnati;
 - del merito delle spese sostenute.
28. Esecuzione del rimborso delle spese solo se tutti i controlli hanno avuto esito positivo ed è presente l'autorizzazione da parte del superiore gerarchico del soggetto che ha richiesto il rimborso; accredito dei rimborsi sul cedolino dei dipendenti.



29. Archiviazione delle richieste di rimborso spese e dei relativi giustificativi, siglati dal personale richiedente.

2.2 – GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEI RAPPORTI CON LE AUTORITÀ GIUDIZIARIE

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione dei contenziosi e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo. Si evidenzia che l'Azienda non è dotata di avvocatura interna talché l'unica attività che può essere svolta all'interno dell'Azienda in caso di contenzioso si esaurisce con la predisposizione degli atti amministrativi interni di incarico a legale abilitato a tutelare in giudizio gli interessi, la trasmissione di atti e documenti e il mantenimento di rapporti con il legale che assiste l'Azienda.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al precedente capitolo 2.1.1)

- art. 319-ter c.p. Corruzione in atti giudiziari;
- c.p. art. 371-bis. False informazioni al pubblico ministero o al procuratore della Corte penale internazionale;
- c.p. art. 371-ter. False dichiarazioni al difensore;
- c.p. art. 374. Frode processuale;
- c.p. art. 374-bis. False dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'autorità giudiziaria o alla Corte penale internazionale;
- c.p. art. 377. Intralcio alla giustizia;
- art. 377-bis c.p. Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria;
- c.p. art. 378. Favoreggiamento personale;
- altra normativa che tipicamente riguarda il complesso delle strutture e che quindi attenga normalmente la generalità dei dipendenti dell'Azienda (in particolare i “reati contro la Pubblica Amministrazione”).

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell'ambito della gestione del contenzioso:

- gestione dei rapporti con i legali che assistono l'Azienda in giudizio e il rapporto tra dipendenti informati sui fatti di causa e i medesimi legali.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti la gestione dei contenziosi pur da parte di legali esterni prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle strutture organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Direttore Medico;

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre strutture organizzative ed altri dipendenti.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell'Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione dei contenziosi - devono attenersi:

- a. assicurare che i rapporti intrattenuti con i pubblici funzionari o gli incaricati di pubblico servizio avvengano nell'assoluto rispetto di:



- leggi e normative vigenti;
- principi di lealtà e correttezza;

e che gli stessi siano improntati alla massima trasparenza, collaborazione, disponibilità e nel pieno rispetto del ruolo istituzionale, dando puntuale e sollecita esecuzione alle prescrizioni e agli adempimenti richiesti;

- b. garantire la completa tracciabilità dell'*iter* decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte;
- c. sottoporre ai soggetti muniti di idonei poteri, in base al sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure in essere, la documentazione al fine di verificarla e approvarla prima dell'inoltro alla Pubblica Amministrazione;
- d. garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione prodotta e consegnata al fine di garantire reperibilità in sede degli atti disponibili per la parte e inseriti nel fascicolo di causa.

È fatto esplicito divieto di:

- a. effettuare promesse o indebite elargizioni di denaro o altra utilità (ad esempio, assunzioni, conferimenti di incarichi di natura professionale, commerciale o tecnica) a pubblici funzionari o a incaricati di pubblico servizio o a persone a questi vicini con la finalità di promuovere o favorire gli interessi dell'ASP;
- b. erogare omaggi o altre utilità a pubblici funzionari o a incaricati di pubblico servizio oppure cedere a raccomandazioni o pressioni provenienti da essi con le stesse finalità vietate al punto precedente;
- c. trasmettere ai legali che rappresentano l'Azienda documenti falsi o alterati;
- d. tenere una condotta ingannevole che possa indurre gli enti pubblici in errore di valutazione della documentazione presentata;
- e. omettere informazioni dovute al fine di orientare a proprio favore le decisioni della Pubblica Amministrazione.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle strutture organizzative coinvolte nell'ambito della gestione dei contenziosi, che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Gestione del contenzioso e dei rapporti con le Autorità giudiziarie

1. In merito al passaggio dei crediti a contenzioso, identificazione di apposita funzione che ha il compito di valutare il passaggio dei crediti a contenzioso; le decisioni sono verbalizzate.
2. Autorizzazione all'avvio di cause, arbitrati o simili procedimenti che prevedono risarcimenti o spese legali da parte di personale dotato di poteri in base al sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
3. Verifica, in termini di correttezza e accuratezza, della documentazione da trasmettere ai legali esterni per la produzione all'Autorità Giudiziaria e apposizione di sigla da parte di due soggetti differenti e competenti in merito (responsabili della produzione dei dati e della verifica degli stessi).
4. Archiviazione, da parte dell'Unità Organizzativa Affari Generali di copia della documentazione inviata ai legali esterni per la produzione all'Autorità Giudiziaria e dei dati utilizzati a supporto della predisposizione della stessa.
5. Istruzione delle pratiche attraverso l'eventuale utilizzo di consulenti legali esterni.
6. Predisposizione di report periodici sui contenziosi per gli Organi Amministrativi



2.3 – ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di acquisto di beni e servizi e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 2621 c.c. False comunicazioni sociali;
- art. 648 c.p. Ricettazione;
- art. 648-bis c.p. Riciclaggio;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione degli acquisti di beni e servizi¹:

- selezione dei fornitori di beni e servizi
- gestione degli acquisti.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti agli acquisti di beni e servizi prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Direttore Medico
- Unità organizzativa economico finanziaria
- Unità organizzativa servizi tecnici ed ausiliari

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre funzioni o unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione degli acquisti di beni e servizi - devono attenersi:

- a. operare nel rispetto dei principi espressi nel Codice Etico e della normativa vigente;
- b. instaurare rapporti unicamente con soggetti che godano di una reputazione rispettabile, che siano impegnati solo in attività lecite e la cui cultura etica sia comparabile a quella dell’Azienda. A tale fine, i destinatari coinvolti nella gestione dei rapporti con fornitori, consulenti, collaboratori e *partner* d’affari sono tenuti a verificare preventivamente le informazioni disponibili sui soggetti stessi;
- c. assicurare la trasparenza degli accordi ed evitare la sottoscrizione di patti o accordi segreti contrari alla legge;
- d. rispettare principi di trasparenza, motivazione e non discriminazione nella scelta del fornitore, professionista, consulente;
- e. scegliere, ove possibile, tra una rosa di potenziali fornitori, quello che garantisca il miglior rapporto tra qualità e convenienza;

¹ Ivi compresi materiale di consumo, servizi di sorveglianza, consulenze, ristrutturazioni, servizi vari, ecc.



- f. accertarsi dell'identità della controparte, sia essa persona fisica o giuridica, e dei soggetti per conto dei quali essa eventualmente agisce e verificare l'eticità e la solidità patrimoniale e finanziaria della controparte contrattuale;
- g. garantire che eventuali incarichi affidati a soggetti terzi per operare in rappresentanza e/o nell'interesse dell'ASP siano sempre assegnati in forma scritta richiedendo eventualmente, anche tramite specifiche clausole contrattuali, ai fornitori, professionisti, consulenti il rispetto dei principi comportamentali previsti dal Codice Etico;
- h. verificare l'effettivo adempimento della prestazione oggetto del rapporto contrattuale e degli eventuali stati di avanzamento prima del pagamento del prezzo concordato;
- i. consentire la tracciabilità dell'*iter* decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte;
- j. liquidare i compensi in modo trasparente, sempre documentabile e ricostruibile *ex post*;

È fatto esplicito divieto di:

- a. assegnare incarichi di fornitura, consulenza e prestazione professionale a persone o società "vicine" o "gradite" a soggetti pubblici in assenza dei necessari requisiti di qualità e convenienza dell'operazione;
- b. instaurare rapporti o porre in essere operazioni con soggetti terzi qualora vi sia il fondato sospetto che ciò possa esporre l'Azienda al rischio di commissione di un reato di ricettazione o impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
- c. effettuare pagamenti in favore di fornitori, consulenti, professionisti e simili che operino per conto dell'Azienda, in assenza di adeguata giustificazione nel contesto del rapporto contrattuale costituito con gli stessi e delle prestazioni effettuate;
- d. riconoscere rimborsi spese in favore di fornitori, consulenti, professionisti e simili che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di incarico svolto;
- e. emettere o accettare fatture a fronte di operazioni inesistenti;
- f. creare fondi patrimoniali *extra-contabili* a fronte di operazioni contrattualizzate a prezzi superiori a quelli di mercato oppure di fatturazioni inesistenti in tutto o in parte;
- g. farsi rappresentare da consulenti o da soggetti terzi quando si possano creare situazioni di conflitto d'interesse.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle funzioni o unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione degli acquisti di beni e servizi che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Selezione dei fornitori di beni e servizi e gestione degli acquisti

1. Approvazione del *budget* annuale di spesa da parte del Consiglio d'Indirizzo.
2. Archiviazione dei contratti stipulati con i fornitori.
3. Verifica della capienza del *budget* assegnato e predisposizione di report periodici di spesa per centro di costo.
4. Esecuzione delle operazioni di acquisto da parte dell'Unità Organizzativa economico-finanziaria nell'ambito dei piani annuali deliberati, entro il limite di valore specificato nelle disposizioni operative.
5. Esecuzione delle operazioni di acquisto da parte del Direttore Medico nell'ambito del *budget* assegnato relativo ai prodotti sanitari (farmaci, dispositivi, presidi...)
6. Attuazione degli acquisti eccedenti la soglia stabilita dal codice appalti (Dlgs 163 e smi) con individuazione del Responsabile Unico del procedimento e nomina della Commissione speciale per l'espletamento delle procedure di acquisto di beni e servizi.



7. Nell'ambito delle procedure di attuazione degli acquisti l'Unità Organizzativa economico-finanziaria assicura l'evacuazione e gestione delle richieste di attuazione degli acquisti, la gestione operativa dei contratti di acquisizione di beni e servizi, l'approvvigionamento di beni di consumo e durevoli, il controllo delle forniture di beni, la gestione dei magazzini, l'inventario dei beni e dei cespiti e l'aggiornamento dell'archivio anagrafico per tipo di fornitura.
8. Raccolta e invio all'Unità Organizzativa economico-finanziaria, da parte dei proponenti, di tutte le informazioni utili per l'acquisto (ad esempio: caratteristiche dei beni, quantitativi, alternative commerciali). Per ciò che riguarda i prodotti sanitari il referente è il Direttore Medico.
9. Verifica, ove possibile, da parte degli Uffici Acquisitori (Unità Organizzativa economico-finanziaria e Direttore Medico per prodotti sanitari) della presenza sul mercato di prodotti che, a parità di caratteristiche tecniche, permettano di ottenere un risparmio economico. Per ogni spesa dovrà essere conservata la documentazione del proponente che ne specifichi la necessità.
10. Nei casi previsti dalle disposizioni operative relative alla gestione delle gare, svolgimento di una valutazione tecnico-economica da parte di apposita Commissione, sulla base dei criteri e degli elementi esplicitati nei Disciplinari di gara; l'identificazione del contraente, le modalità e le motivazioni adottate per la scelta del contraente, le conclusioni raggiunte sono riportate in un apposito verbale sottoscritto dai membri della Commissione.
11. I poteri di firma sugli atti d'acquisto sono attribuiti in forza di quanto specificato dal Regolamento di organizzazione e contabilità dell'ASP adottato con Delibera dal Consiglio d'Indirizzo.
12. Al momento del ricevimento della merce, verifica a cura del personale addetto della corrispondenza tra la bolla, la merce consegnata e l'ordine. In particolare, il personale, ove opportuno, verifica la congruità della merce in ingresso (corretto ricevimento del numero di colli e la loro integrità) tramite controllo della corrispondenza tra il documento di consegna del fornitore, la bolla e la merce consegnata. A evidenza di tale controllo l'addetto coinvolto firma con riserva la bolla, salvo errori e omissioni.
13. In caso di prestazione di servizi, verifica della rispondenza e della congruità della fattura alle prestazioni erogate da parte del personale delle funzioni o unità organizzative richiedenti.
14. Nei casi previsti dalle disposizioni operative, sono effettuate le attività di collaudo e verifica di conformità delle prestazioni dei fornitori, fermo restando la normativa vigente in materia.
15. L'Unità Organizzativa economico finanziaria verifica che le fatture siano autorizzate prima di effettuare il pagamento delle stesse e le inoltra al Servizio richiedente che a sua volta, verifica che i dati in esse contenute coincidano con le prestazioni realmente richieste ed eseguite e con le tariffe stabilite contrattualmente ed appone il visto sulle fatture. Successivamente l'Unità Organizzativa economico finanziaria provvede al pagamento delle fatture.
16. È mantenuta evidenza delle attività di verifica sulle fatture con anomalie e le decisioni in merito alla loro risoluzione.
17. Ogni ordine di acquisto è codificato da una numerazione univoca e riporta in modo chiaro e preciso le tipologie d'informazioni specificate nelle disposizioni operative e regolamenti in vigore; le informazioni necessarie per una corretta gestione contabile e operativa, il centro di costo di addebito, sono registrate con l'ausilio di sistemi informativi.



2.4 – GESTIONE DEI FLUSSI MONETARI E FINANZIARI

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione dei flussi monetari e finanziari e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 648 c.p. Ricettazione;
- art. 648-bis c.p. Riciclaggio;
- art. 648-ter c.p. Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione dei flussi monetari e finanziari:

- gestione dei pagamenti;
- gestione dei rapporti con le banche;
- gestione della piccola cassa;
- gestione degli incassi relativi alle prestazioni sanitarie.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti la gestione dei flussi monetari e finanziari prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Direttore Medico
- Unità organizzativa economico finanziaria
- Unità organizzativa prenotazione, accettazione - URP

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre funzioni o unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione dei flussi monetari e finanziari - devono attenersi:

- a. operare nel rispetto di leggi e normative vigenti;
- b. operare in coerenza con il sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure;
- c. utilizzare il canale bancario nell’effettuazione delle operazioni d’incasso e pagamento derivanti dalle attività del ciclo attivo e passivo dell’Azienda;
- d. utilizzare la clausola di non trasferibilità per le operazioni a mezzo assegno bancario;
- e. consentire la tracciabilità dell’iter decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte;
- f. agire nel pieno rispetto della normativa antiriciclaggio e delle procedure interne e di controllo.



È fatto esplicito divieto di:

- a. aprire conti o libretti di risparmio in forma anonima o con intestazione fittizia e utilizzare conti aperti presso filiali in Paesi esteri ove ciò non sia correlato alla sottostante attività economica/commerciale;
- b. creare fondi a fronte di pagamenti non giustificati;
- c. richiedere il rilascio e l'utilizzo di moduli di assegni bancari e postali in forma libera, in luogo di quelli con clausola di non trasferibilità;
- d. emettere assegni bancari e postali per importi pari o superiori ai limiti definiti dalla normativa vigente (D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.) che non rechino l'indicazione del nome o della ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità;
- e. effettuare bonifici internazionali senza l'indicazione della controparte;
- f. effettuare pagamenti non adeguatamente documentati e autorizzati;
- g. effettuare pagamenti in contanti a fornitori oltre gli importi definiti;
- h. effettuare pagamenti per cassa, eccetto per particolari tipologie di acquisto, e comunque per importi rilevanti;
- i. accettare pagamenti frazionati se non supportati da accordi commerciali (quali anticipo e saldo alla consegna e pagamenti rateizzati);
- j. promettere o versare somme di denaro, anche attraverso soggetti terzi, a funzionari della Pubblica Amministrazione a titolo personale, con la finalità di promuovere o favorire interessi dell'Azienda, anche a seguito di illecite pressioni;
- k. effettuare pagamenti o riconoscere compensi in favore di soggetti terzi che operino per conto dell'ASP, che non trovino adeguata giustificazione nel contesto del rapporto contrattuale costituito con gli stessi;
- l. incassare i pagamenti per prestazioni erogate senza attivare il corretto processo di registrazione dell'operazione e/o distogliendo la disponibilità degli stessi dalle casse dell'Azienda;
- m. effettuare operazioni idonee a favorire il riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite o criminali;
- n. rimettere in circolazione banconote sospettate di falsità ottenute in buona fede.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle funzioni o unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione dei flussi monetari e finanziari che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Gestione dei pagamenti

1. Verifica a cura dell'Unità organizzativa economico-finanziaria che le forniture di beni/servizi siano supportate da contratti/accordi con i fornitori riportanti le condizioni economiche delle forniture stesse.
2. Implementazione di controlli relativi:
 - alla coincidenza tra il soggetto a cui è intestato l'ordine e il soggetto che incassa le relative somme;
 - alla verifica tra soggetto titolare delle operazioni e soggetto intestatario del conto corrente ove si effettuano i bonifici;
 - alle modalità di controllo e gestione del processo di riconciliazione bancaria.
3. Verifica da parte dell'Unità organizzativa economico-finanziaria e del richiedente il bene/servizio, al ricevimento delle fatture, della corrispondenza tra quanto ordinato e quanto ricevuto in termini di quantità e prezzi.
4. Le fatture sono autorizzate al pagamento dell'Unità organizzativa economico-finanziaria e del richiedente l'acquisto del relativo bene/servizio o da parte di altri soggetti deputati alla verifica della prestazione.
5. Definizione delle tipologie di pagamento utilizzate: di norma bonifici bancari, ~~ad eccezione di specifiche deroghe relative all'uso di assegni circolari non trasferibili~~ **SEPA e ricevuta bancaria.**



AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA VALSASINO

6. Effettuazione delle riconciliazioni bancarie mensili e trimestrali, anche attraverso il Revisore dei conti.
7. Monitoraggio e rispetto dei limiti previsti dal D.Lgs. 231/2007 e s.m.i. in materia di limiti all'utilizzo del contante.
8. Archiviazione a cura dell'Unità organizzativa economico-finanziaria documentazione relativa al pagamento dei fornitori.

Gestione dei rapporti con le banche

9. Gestione dei rapporti con gli istituti di credito (negoziante delle condizioni, gestione di finanziamenti a breve e reperimento di risorse finanziarie) effettuata dall'Unità organizzativa economico-finanziaria in accordo con la Direzione Generale.
10. Apertura di conti correnti bancari, di linee di credito e di finanziamenti approvata dai soggetti delegati in base al sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
11. Predisposizione delle riconciliazioni bancarie con cadenza mensile a cura dell'Unità organizzativa economico-finanziaria.

Gestione della piccola cassa

12. Verifica a cura dei soggetti Responsabili di gestione della cassa (Unità organizzativa economico-finanziaria e Accettazione URP) di tutti i movimenti di cassa e autorizzazione dal soggetto dotato di idonei poteri in base al sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
13. Definizione dei limiti di giacenza per la gestione della piccola casse.
14. Effettuazione delle riconciliazioni di cassa su base periodica, di norma giornalmente.
15. Reintegro della cassa tramite prelievo bancario autorizzato da personale dotato di adeguati poteri.
16. Effettuazione periodica della conta di cassa e relativa riconciliazione, tenendo traccia dei controlli effettuati e archiviando la relativa documentazione.
17. Archiviazione a cura dei soggetti Responsabili di gestione della cassa, della documentazione utilizzata e prodotta per la gestione della cassa, nonché la documentazione relativa alle autorizzazioni e ai giustificativi per la regolazione di pagamenti tramite l'utilizzo della cassa.
18. Gestione, controllo e restituzione del deposito di beni personali degli Pazienti od Ospiti a cura dell'Unità Accettazione URP.

Gestione degli incassi relativi alle prestazioni sanitarie

19. Predisposizione del rendiconto giornaliero a cura dell'Unità Accettazione URP e verifica della conformità tra gli incassi registrati mediante compilazione di apposito prospetto di riconciliazione da parte dell'Unità organizzativa economico-finanziaria
20. Definizione degli strumenti d'incasso: **bancomat**, ~~i bonifici~~, ~~gli assegni~~, carta di credito e i contanti.
21. Le operazioni di sportello sono gestite attraverso il sistema informativo che registra le attività della cassa ambulatoriale: prenotazione delle prestazioni, pagamenti delle prestazioni ed emissione della ricevuta. Tale sistema informativo conserva anche la traccia delle ricevute erogate e successivamente annullate.
22. Monitoraggio e tracciabilità delle operazioni (e dell'operatore) di annullamento.
23. Attribuzione alla cassa di una dotazione di apertura (non superiore a 300 euro). Alla chiusura giornaliera viene predisposto dall'Unità organizzativa economico-finanziaria e Accettazione URP un report d'incasso giornaliero riportante le prestazioni effettuate.



2.5 – GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E LE AUTORITÀ DI VIGILANZA

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 640 c.p. Truffa;
- art. 2638 c.c. Ostacolo all’esercizio delle funzioni delle Autorità Pubbliche di Vigilanza;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza:

- richiesta di autorizzazioni, permessi e licenze, accordi e convenzioni, gestione delle pratiche amministrative e sanitarie e altri adempimenti (contributivi, fiscali, ecc.);
- gestione di visite ispettive.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti la gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Unità organizzativa affari generali
- Unità organizzativa economico finanziaria
- Unità organizzativa servizi tecnici ed ausiliari
- Unità organizzativa prenotazione, accettazione - URP

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre funzioni o unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza - devono:

- a. assicurare che i rapporti intrattenuti con i pubblici funzionari avvengano nell’assoluto rispetto di leggi e normative vigenti e che siano gestiti esclusivamente dai soggetti muniti di idonei poteri, sulla base del sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure;
- b. gestire qualsiasi rapporto con la Pubblica Amministrazione sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza;
- c. comunicare, senza ritardo, al proprio responsabile gerarchico e, contestualmente, all’Organismo di Vigilanza eventuali comportamenti posti in essere da persone operanti nell’ambito della controparte pubblica, rivolti ad ottenere favori, elargizioni illecite di danaro o altre utilità, anche nei confronti dei terzi, nonché qualunque criticità o conflitto di interesse che sorga nell’ambito del rapporto con la Pubblica Amministrazione;



- d. custodire e mantenere riservati i codici di accesso e ogni altro strumento necessario per l'accesso ai sistemi informativi della Pubblica Amministrazione;
- e. assicurare che gli adempimenti nei confronti della Pubblica Amministrazione siano effettuati con la massima diligenza e professionalità in modo da fornire informazioni chiare, accurate, complete e veritiere evitando, e comunque segnalando nella forma e nei modi idonei, situazioni di conflitto di interesse;
- f. garantire che le forme di collaborazione (organizzazione e partecipazione ad eventi e altre attività) con le istituzioni e le Pubbliche Amministrazioni siano mantenute sotto forma strettamente istituzionale e non siano finalizzate ad ottenere indebiti favori;
- g. sottoporre ai soggetti muniti di idonei poteri, in base al sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure in essere, la documentazione al fine di verificarla e approvarla prima dell'inoltro alla Pubblica Amministrazione;
- h. garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione prodotta e consegnata al fine di consentire la tracciabilità delle varie fasi del processo;
- i. in caso di tentata concussione da parte di un pubblico funzionario nei confronti di un destinatario, rifiutare la richiesta e riferire immediatamente l'accaduto all'Organismo di Vigilanza;
- j. garantire, in caso di visite ispettive, che a rappresentare l'ASP siano i soggetti autorizzati dalla stessa in base al sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure in essere e che sia tenuta traccia delle ispezioni ricevute e delle eventuali sanzioni comminate.

È fatto esplicito divieto di:

- a. effettuare promesse o indebite elargizioni di denaro o omaggi (ad eccezione di quelli rientranti nella pratica commerciale usuale) o altra utilità a pubblici funzionari o incaricati di pubblico servizio o persone a questi vicini;
- b. in sede d'incontri con Autorità Indipendenti/Autorità di Vigilanza/Ministeri/Rappresentanti delle Istituzioni, volti alla definizione e rappresentazione della posizione dell'Azienda, favorire indebitamente gli interessi dell'Azienda, in particolare anche mediante la fornitura di dati e informazioni non veritieri;
- c. nel corso della fase istruttoria promossa da Autorità di Vigilanza/Ministeri/Rappresentanti delle Istituzioni, cercare di mirare al superamento di vincoli o criticità ai fini del rilascio delle stesse, a fronte di domande e istanze per il conseguimento di puntuali autorizzazioni e licenze;
- d. omettere informazioni dovute al fine di orientare a proprio favore le decisioni della Pubblica Amministrazione;
- e. ricorrere a forme di contribuzione, che sotto veste di affidamento di incarichi professionali, consulenze, pubblicità o altro abbiano il fine di influenzare l'attività dei pubblici funzionari nell'espletamento dei loro doveri;
- f. accettare omaggi o altre utilità provenienti da pubblici funzionari o incaricati di pubblico servizio;
- g. presentare dichiarazioni non veritiere esibendo documenti in tutto o in parte non corrispondenti alla realtà;
- h. tenere condotte ingannevoli nei confronti della Pubblica Amministrazione tali da indurre quest'ultima in errori di valutazione nel corso dell'analisi di richieste di autorizzazioni e simili;
- i. accedere senza autorizzazione ai sistemi informativi della Pubblica Amministrazione, intervenire su dati ed informazioni in essi contenuti per procurare un indebito vantaggio all'Azienda;
- j. laddove gli adempimenti vengano effettuati utilizzando il sistema informativo/telematico della Pubblica Amministrazione, alterare lo stesso e i dati inseriti in qualsivoglia modo procurando un danno alla stessa Pubblica Amministrazione;
- k. in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte di Autorità di Vigilanza/Ministeri/Rappresentanti delle Istituzioni, influenzare indebitamente, nell'interesse dell'ASP, il giudizio/parere di tali Enti.



Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle funzioni o unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Richiesta di autorizzazioni, permessi e licenze, accordi e convenzioni, gestione delle pratiche amministrative e sanitarie e altri adempimenti (contributivi, fiscali, ecc.)

1. La struttura interessata deve verificare la completezza, correttezza ed accuratezza dei dati e delle informazioni predisposte destinate alla Pubblica Amministrazione e ad Autorità di Vigilanza, mantenendo adeguata tracciabilità delle verifiche svolte (ad esempio, mediante apposizione di una sigla sui documenti verificati).
2. La struttura interessata, a seguito delle verifiche effettuate, provvede all'inoltro della documentazione agli uffici pubblici competenti.
3. I rapporti con la Pubblica Amministrazione sono tenuti esclusivamente dai soggetti dotati di idonei poteri o da questi delegati.

Gestione di visite ispettive

1. Il Responsabile dell'Unità organizzativa o operativa interessata coordina le attività di ispezione al fine di supportare i Pubblici Funzionari nell'ambito delle attività di verifica.
2. In caso di impossibilità a presenziare alle ispezioni da parte di soggetti con idonei poteri preliminarmente individuati, sulla base del sistema dei poteri di firma e delega ed eventuali procure, sono delegati altri soggetti.
3. Durante la fase d'ispezione, la struttura interessata mette a disposizione tutta la documentazione e le informazioni che dovessero rendersi necessarie per l'espletamento delle verifiche.
4. Al termine dell'ispezione, il Responsabile dell'Unità Organizzativa o il soggetto con idonei poteri individuato, sulla base del sistema dei poteri di firma e delega ed eventuali procure, sottoscrivono il verbale di accertamento formalizzato dal funzionario pubblico.
5. In caso di verbale di accertamento ed eventuale prescrizione ritenuti non idonei sotto qualsiasi profilo, il Responsabile dell'Unità Organizzativa o il soggetto con idonei poteri individuato, sulla base del sistema dei poteri di firma e delega ed eventuali procure, valutano l'opportunità di fare inserire a verbale, osservazioni e/o riserva di successivo invio di osservazioni/documentazione.
6. L'originale dei verbali relativi alle visite ispettive viene protocollato, inviato al Direttore Generale, alle Unità organizzative interessate, archiviato centralmente e presso l'Unità che ha gestito la visita dei funzionari pubblici.



2.6 – GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 589 c.p. Omicidio colposo;
- art. 590 c.p. Lesioni personali colpose gravi o gravissime;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della salute e sicurezza sul lavoro:

- gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione del sistema sicurezza sul lavoro prevedono il coinvolgimento dei soggetti di seguito riportati:

- Datore di Lavoro;
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (d’ora in avanti anche “RSPP”);
- Medico Competente (d’ora in avanti anche “MC”);
- Addetti Antincendio e al Primo Soccorso;
- Dirigenti e Preposti.

Ai soggetti sopra elencati, si aggiunge il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (d’ora in avanti anche “RLS”), eletto dai lavoratori.

Nello svolgimento delle attività sopra indicate, possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro - devono attenersi:

- a. rispettare gli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché tutte le regole interne stabilite dall’Azienda e che costituiscono il sistema di gestione della sicurezza;
- b. segnalare tempestivamente alle strutture internamente preposte ogni violazione alle regole di comportamento e alle procedure in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- c. garantire la definizione e l’aggiornamento (in base a cambiamenti nella struttura organizzativa ed operativa dell’ASP) del sistema di procure e deleghe con particolare riferimento alle responsabilità, compiti e poteri in materia di sicurezza, prevenzione infortuni e igiene;
- d. utilizzare, secondo le istruzioni, le attrezzature presenti sul luogo di lavoro, nonché i mezzi di trasporto e i dispositivi di sicurezza e protezione, ove previsti;
- e. garantire l’acquisizione e la gestione dei mezzi, degli strumenti, degli impianti e, in generale, delle unità organizzative nel rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge, anche attraverso un processo continuo di manutenzione (ordinaria e straordinaria) degli stessi;



- f. definire gli obiettivi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e identificare e valutare i rischi;
- g. garantire un adeguato livello di formazione e informazione ai dipendenti sul sistema di gestione della sicurezza definito dall'Azienda e sulle conseguenze derivanti da un mancato rispetto delle norme di legge e delle regole di comportamento e controllo definite;
- h. garantire l' idoneità delle risorse umane - in termini di numero, qualifiche professionali, formazione - e materiali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'Azienda;
- i. garantire l'informazione a collaboratori e terzi relativamente agli aspetti di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- j. predisporre piani di sorveglianza sanitaria, secondo le tempistiche previste e le mansioni ricoperte;
- k. effettuare un adeguato livello di vigilanza e verifica del rispetto e dell'efficacia delle procedure adottate;
- l. segnalare tempestivamente alle strutture individuate a norma di legge e/o internamente eventuali segnali, eventi di rischio, pericolo indipendentemente dalla loro gravità.

È fatto esplicito divieto di:

- a. adottare comportamenti che costituiscano un reato compreso fra quelli considerati dal Decreto Legislativo 231 o che possano diventarlo;
- b. porre in essere o dare causa a violazioni dei principi comportamentali e del corpo procedurale;
- c. non rispettare norme e regolamenti vigenti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro o adottare comportamenti che possano esporre se stessi, i colleghi e i terzi a situazioni di pericolo;
- d. in sede di realizzazione delle prescritte misure d'igiene e sicurezza, perseguire obiettivi di risparmio, in termini di costi e tempi, a scapito della tutela dei lavoratori;
- e. in sede di ispezioni e verifiche, adottare comportamenti finalizzati a influenzare indebitamente, nell'interesse dell'ASP, il giudizio/parere degli Organismi di controllo.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle strutture organizzative coinvolte nell'ambito della gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Nomine e Comunicazioni

- 1. Nomina del Datore di Lavoro con delibera del Consiglio d'Indirizzo.
- 2. L'Azienda è dotata di un sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure che definisce le responsabilità, i compiti e i poteri in materia di sicurezza, prevenzione infortuni e igiene.
- 3. Nomina del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (d'ora in avanti RSPP) in via formale a cura del Datore di Lavoro, che ha la responsabilità di effettuare le comunicazioni richieste dalla normativa vigente.
- 4. Elezione a cura dei lavoratori del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza a cui sono attribuiti tutti i diritti e gli obblighi, come da normativa vigente (D.Lgs. 81/2008 s.m.i).

Attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e di protezione conseguenti

- 5. L'attività di valutazione dei rischi e la formalizzazione del Documento di Valutazione dei Rischi (d'ora in avanti DVR) è a cura del Datore di Lavoro, con il supporto del RSPP, del Medico Competente e con la consultazione del RLS.
- 6. Il Datore di Lavoro verifica che il DVR sia aggiornato con cadenza periodica e sia completo in tutte le sue parti; il documento è presentato e analizzato nel corso della riunione periodica della sicurezza



Gestione delle emergenze

7. E' presente un piano di emergenza e sono identificate le squadre di antincendio e primo soccorso; per gli addetti sono disponibili gli attestati di formazione e di aggiornamento.
8. Sono svolte, con cadenza annuale delle prove di evacuazione.

Gestione degli appalti

9. Gli Uffici Acquisitori, a fronte di attività da appaltare, operano nel rispetto della normativa vigente e in particolare di quanto disposto:
 - a. dall'art 26, comma 3, del Testo Unico sulla Sicurezza (di seguito TUS): Documento di valutazione del rischio da interferenze (DUVRI);
 - b. nell'ambito del titolo IV del TUS: cantieri temporanei o mobili (misure per la salute e sicurezza nei cantieri temporanei e mobili e norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni e nei lavori in quota).
10. Gli Uffici Acquisitori, con il coinvolgimento delle strutture organizzative competenti, in collaborazione con la controparte, valutano la presenza di interferenze attraverso scambi informativi, ispezioni e sopralluoghi e - se necessario - predispongono il DUVRI e calcolano i relativi costi della sicurezza per eliminare o ridurre al minimo i rischi indotti da interferenze tra le attività dei vari soggetti coinvolti nell'appalto.
11. In caso di cantieri, cui è prevista la presenza di più imprese, il Committente o il Responsabile dei Lavori nomina il Coordinatore della sicurezza che predispone il Piano di Sicurezza e Coordinamento (d'ora in avanti PSC) ed esplicita i costi della sicurezza.
12. Gli Uffici Acquisitori, in fase di predisposizione delle richieste di offerta, indicano i costi della sicurezza per ridurre o eliminare i rischi indotti da interferenze, richiedendo al fornitore i propri costi per la gestione delle stesse.
13. Gli Uffici Acquisitori, alla ricezione delle offerte, verificano l'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici e la congruità dei costi della sicurezza propri dell'appalto.
14. Il Datore di Lavoro o altro soggetto dotato dei necessari poteri sottoscrive il contratto, comprensivo del DUVRI o del PSC, e lo invia al fornitore che lo firma per accettazione.

Riunioni periodiche e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori

15. La riunione periodica della sicurezza viene attuata almeno una volta all'anno, viene formalizzata e il relativo verbale archiviato; in occasione di tale riunione vengono, tra le altre cose, discussi e redatti dei piani di miglioramento annuali.
16. Il RLS viene consultato in occasione dei sopralluoghi effettuati dal RSPP.

Sorveglianza sanitaria

17. Il protocollo sanitario è stabilito dal Medico Competente sulla base della valutazione dei rischi effettuata.
18. Il Medico Competente valuta, secondo periodicità definita dal protocollo sanitario, l'idoneità del dipendente alla mansione.
19. Gli infortuni vengono analizzati dall'RSPP e formalizzati nel registro infortuni da parte delle funzioni preposte.



Informazione e formazione dei lavoratori

20. La formazione e l'informazione vengono erogate conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs. 81/2008).
21. Al momento dell'assunzione il lavoratore viene informato sui rischi relativi alla mansione che andrà a svolgere e all'ambiente di lavoro.
22. Sono presenti schede di formazione di ciascun lavoratore.
23. I *training* svolti sono documentati attraverso la raccolta dei registri presenze e l'archiviazione della documentazione che li attesta.

Vigilanza

24. Il RSPP effettua sopralluoghi periodici presso le sedi dell'Azienda che vengono formalizzati e archiviati.

Verifiche dell'applicazione ed efficacia delle procedure adottate

25. Il Datore di Lavoro accerta che il RSPP effettui opportune attività di verifica del rispetto delle procedure emesse dal RSPP.
26. Tutte le verifiche svolte sono verbalizzate e gli esiti e i relativi piani di azione riportati in via formale al Datore di Lavoro.

Sistema disciplinare

27. In caso di comportamento non conforme alle suddette norme e prescrizioni i soggetti dotati di adeguati poteri prendono i provvedimenti disciplinari, così come previsto dal CCNL, dallo Statuto dei Lavoratori o da altre normative vigenti applicabili.



2.7 – GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione dei sistemi informativi e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (in via esemplificativa)

- art. 615-ter c.p. Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico;
- art. 617-quater c.p. Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche;
- art. 635-bis c.p. Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici;
- art. 635-ter c.p. Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità;
- art. 635-quater c.p. Danneggiamento di sistemi informatici o telematici;
- art. 635-quinquies c.p. Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità;
- art. 615-quater c.p. Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici;
- art. 615-quinquies c.p. Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico;
- art. 491-bis c.p. Documenti informatici,
- artt. 171,171-bis,171-ter,171-septies,171-octies Legge 633/41 Delitti in materia di violazione del diritto d'autore;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione dei sistemi informativi:

- gestione degli accessi logici ai dati e ai sistemi;
- gestione dei *backup*;
- gestione di *software*, apparecchiature, dispositivi o programmi informatici;
- gestione della sicurezza della rete;
- gestione della sicurezza fisica.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione dei sistemi informativi prevedono il coinvolgimento

- Direttore Generale;
- Ditte esterne specializzate.

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative interne all’ASP.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione dei sistemi informativi - devono attenersi:

- a. verificare la sicurezza della rete e dei sistemi informativi;
- b. monitorare i cambiamenti organizzativi o tecnici che potrebbero determinare l’esposizione del sistema informativo a nuove minacce, rendendo inadeguato il sistema di controllo accessi;



- c. monitorare e svolgere le necessarie attività di gestione degli accessi ai sistemi informativi di terze parti;
- d. monitorare la corretta applicazione di tutti gli accorgimenti ritenuti necessari al fine di fronteggiare, nello specifico, i delitti informatici e il trattamento illecito dei dati;
- e. utilizzare gli strumenti dell'ASP nel rispetto delle procedure interne, ovvero nella gestione del lavoro di ufficio o quanto espressamente concesso dalla normativa in vigore;
- f. definire e verificare periodicamente le credenziali utente al fine di prevenire eventuali erronee abilitazioni ai sistemi informativi;
- g. non consentire l'accesso nelle aree riservate (es: *server rooms*, locali tecnici, ecc.) alle persone prive di idonea autorizzazione, temporanea o permanente; in ogni caso, l'accesso deve essere attuato nel rispetto della normativa (interna ed esterna) vigente in materia di tutela dei dati personali;
- h. limitare di norma la navigazione in *internet* e l'utilizzo della posta elettronica attraverso i sistemi informativi alle sole attività lavorative;
- i. applicare le modalità atte ad assicurare l'aggiornamento delle *password* dei singoli utenti sui diversi sistemi informativi secondo le regole definite e in linea con i requisiti normativi;
- j. garantire che la sicurezza logica e fisica dei sistemi informativi dell'Azienda sia gestita nel rispetto delle regole interne e mantenendo e aggiornando costantemente le componenti infrastrutturali (*hardware e software*) che ne assicurino l'efficacia;
- k. garantire il rispetto da parte di fornitori terzi dei principi e delle regole interne al fine di tutelare la sicurezza dei dati e il corretto accesso da parte dei soggetti ai sistemi informativi e infrastrutturali in materia di:

È fatto esplicito divieto di:

- a. porre in essere condotte, anche con l'ausilio di soggetti terzi, miranti all'accesso a sistemi informativi altrui con l'obiettivo di:
 - acquisire abusivamente informazioni contenute nei suddetti sistemi informativi;
 - danneggiare o distruggere dati contenuti nei suddetti sistemi informativi;
 - utilizzare abusivamente codici d'accesso a sistemi informativi e telematici nonché procedere alla diffusione degli stessi.
- b. porre in essere condotte miranti alla distruzione o all'alterazione dei documenti informatici aventi finalità probatoria (es: bilancio d'esercizio, attestazioni o autocertificazioni dirette ad enti pubblici, documenti creati con l'ausilio di strumenti di firma digitale, ecc.) in assenza, ove consentito dalla legge, di una specifica autorizzazione;
- c. utilizzare o installare programmi diversi da quelli autorizzati dall'ICT;
- d. aggirare o tentare di aggirare i sistemi di sicurezza (es: *Antivirus, Firewall, Proxy server*, etc.);
- e. lasciare il proprio *personal computer* senza protezione *password* e controllo degli accessi;
- f. rivelare ad alcuno le proprie credenziali di autenticazione (nome utente e *password*) alla rete dell'Azienda o anche ad altri siti/sistemi;
- g. detenere o diffondere abusivamente codici di accesso a sistemi informativi o telematici di terzi o di enti pubblici;
- h. entrare nella rete dell'ASP e nei programmi con un codice d'identificazione utente diverso da quello assegnato;
- i. rivelare ad altri (se non a seguito di delega formale) o utilizzare in modo improprio gli strumenti di firma digitale assegnati.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle strutture organizzative coinvolte nell'ambito della gestione dei sistemi informativi che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.



Gestione degli accessi logici ai dati e ai sistemi

1. Ogni dipendente fornito di utenza logica ha a disposizione un *personal computer* che di norma è connesso alla rete dell'Azienda.
2. L'accesso ai sistemi informativi è consentito solo al personale autorizzato.
3. L'accesso ai sistemi informativi avviene tramite autenticazione univoca dell'utente.
4. Il riconoscimento dell'utente avviene di norma attraverso *username* e *password* ~~oppure mediante altri sistemi di autenticazione (es: smart log on, token).~~
5. Gli indirizzi di posta elettronica di cui sono dotati i dipendenti sono nominativi e a esclusivo uso lavorativo. ~~L'accesso agli applicativi è profilato sulla base dell'area/funzione di pertinenza di ciascun utente.~~
6. L'accesso alle cartelle di rete è profilato generalmente per funzione di appartenenza e in relazione alle esigenze di visibilità dei documenti contenuti.
7. Le connessioni al sistema da remoto avvengono tramite canali di comunicazione sicuri ~~e criptati~~ e sono consentite solo al personale autorizzato.
8. L'utilizzo della firma digitale è consentito solamente alle persone autorizzate.
9. La comunicazione della prima *password* di accesso ai sistemi informativi avviene in modalità confidenziale ed è cura di ogni dipendente la successiva sostituzione, custodia e non divulgazione.
10. Sono effettuate revisioni periodiche delle utenze attive al fine di garantire la corretta profilazione e concessione dei privilegi di accesso ai sistemi informativi.
11. Sono implementate politiche di rinnovo periodico delle *password* dei sistemi informativi in linea a quanto richiesto dalla D.Lgs. 196/2003 (**ogni 90gg**).
12. E' prevista la predisposizione e l'aggiornamento periodico del Documento Programmatico per la Sicurezza con requisiti collegati **alla business continuity (disaster recovery plan)**
13. Sono definite le modalità di utilizzo delle risorse informatiche all'interno di apposito disciplinare (* vedi allegato email relativamente al regolamento).

Gestione dei backup

14. Effettuazione di piani di *backup* periodici dei dati, file, programmi e sistemi operativi, al fine di garantire la salvaguardia del patrimonio informativo.
15. I *backup* sono opportunamente conservati.

Gestione di software, apparecchiature, dispositivi o programmi informatici

16. Solamente le persone responsabili della gestione dei sistemi informativi o responsabili dei specifici moduli software possono rilasciare aggiornamenti *software* in ambiente di produzione.
17. Agli utenti non è consentita l'installazione di *software* non autorizzato.

Gestione della sicurezza della rete

18. La rete interna è confinata e protetta da un *firewall*.
19. *Server* e *client* sono dotati di *software antivirus* aggiornati automaticamente.
20. Il server di posta è dotato di filtri *antispamming*, *antiphishing* e *antivirus*.
21. È inibita la possibilità di disabilitare il ~~proxy server~~ e il **sistema antivirus** da parte dell'utente.



Gestione della sicurezza fisica

L'accesso al server dati è protetto e garantito solo al personale autorizzato, i server sono chiusi in apposito armadio (apertura con chiave).



2.8 – GESTIONE DELLE LIBERALITÀ

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione delle liberalità e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- artt. 322 c.p. Istigazione alla corruzione;
- art. 648-bis c.p. Riciclaggio;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione delle liberalità:

- accettazione ed elargizione delle liberalità.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti la gestione delle liberalità prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Unità organizzativa affari generali
- Unità organizzativa economico finanziaria

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre funzioni o unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione delle liberalità - devono attenersi:

- a. assicurare che i rapporti intrattenuti con i pubblici funzionari e in generale con terze parti avvengano nell’assoluto rispetto di leggi e normative vigenti e che gli stessi siano improntati alla massima trasparenza, collaborazione, disponibilità e nel pieno rispetto del ruolo istituzionale, dando puntuale e sollecita esecuzione alle prescrizioni e agli adempimenti richiesti;
- b. garantire la completa tracciabilità dell’*iter* decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte;
- c. assicurare che l’Azienda possa accettare liberalità da Enti regolarmente costituiti ai sensi di legge e da privati che sostengano i principi etici conformi a quelli dell’Azienda;
- d. garantire che le liberalità (contributi...) elargite dall’Azienda rispettino le disposizioni interne, siano di valore contenuto e siano tali da non compromettere l’integrità e la reputazione di una delle parti e da non influenzare l’autonomia di giudizio del beneficiario;
- e. garantire che le forme di collaborazione (organizzazione e partecipazione ad eventi e altre attività) con le istituzioni e Pubbliche Amministrazioni siano mantenute sotto forma strettamente istituzionale e non siano finalizzate ad ottenere indebiti favori;
- f. garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione prodotta e consegnata al fine di garantire la tracciabilità delle varie fasi del processo.



È fatto inoltre divieto di:

- a. incorrere in possibili situazioni di conflitto di interessi nell'accettazione di liberalità;
- b. erogare e accettare liberalità al di fuori di quanto previsto dalla prassi vigenti, vale a dire, ogni forma rivolta ad acquisire trattamenti di favore nella conduzione di qualsiasi attività;
- c. omettere informazioni dovute al fine di orientare a proprio favore le decisioni di donatori;
- d. gestire qualsiasi rapporto con eventuali soggetti pubblici sulla base di criteri di non correttezza e trasparenza;
- e. accettare omaggi o altre utilità provenienti da pubblici funzionari o incaricati di pubblico servizio;
- f. presentare dichiarazioni non veritiere esibendo documenti in tutto o in parte falsi.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle funzioni o unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione delle liberalità che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Accettazione ed elargizione delle liberalità

1. Rendicontazione annuale al Consiglio d'Indirizzo da parte del Direttore Generale con specifica indicazione della provenienza e dell'ammontare delle donazioni ricevute in favore dell'Azienda.
2. Definizione dei soggetti autorizzati ad approvare la ricezione di liberalità e donazioni, all'interno del sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
3. Sottoscrizione delle lettere di accettazione di liberalità da parte di soggetto dotato d'idonei poteri, sulla base del sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure in essere.
4. In merito ad eventuali eredità, accettazione delle stesse da parte del CdI con beneficio d'inventario e *iter* curato da un Notaio incaricato.
5. Archiviazione degli atti e della documentazione relativa alle liberalità ricevute/effettuate.



2.9 – GESTIONE DEI FINANZIAMENTI PUBBLICI

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione dei finanziamenti pubblici e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 316-bis c.p. Malversazione a danno dello Stato;
- art. 316-ter c.p. Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
- art. 640 c.p. Truffa a danno dello Stato o di altro ente pubblico;
- art. 640-bis c.p. Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
- art. 640-ter c.p. Frode informatica;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione dei finanziamenti pubblici:

- gestione di finanziamenti pubblici relative a tipologie d’interesse ASP (progetti di formazione, progetti di organizzazione, progetti di ristrutturazione/ampliamento...)

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione dei finanziamenti pubblici prevedono il coinvolgimento dei soggetti e delle funzioni o unità organizzative di seguito riportati:

- Direttore Generale;
- Unità organizzativa affari generali
- Unità organizzativa economico finanziaria

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative.

Principi operativi di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione dei finanziamenti pubblici - devono attenersi:

- a. osservare le disposizioni normativa ed operative esistenti in materia e/o collegate ai progetti specifici;
- b. presentare agli Enti Pubblici, ove richieste, tutte le informazioni e i dati necessari alla corretta gestione dei contributi erogati;
- c. attenersi a principi di correttezza e verità, utilizzando e presentando dichiarazioni e documenti completi e attinenti alle attività per le quali i fondi possono essere legittimamente ottenuti, nonché fornendo tutte le informazioni dovute;
- d. una volta ottenute le erogazioni richieste, destinarle alle finalità per le quali sono state richieste e concesse.

È fatto esplicito divieto di:

- a. intrattenere rapporti con la Pubblica Amministrazione per conto dell’Azienda in assenza di formale autorizzazione e/o delega, in fase di ufficiale richiesta e gestione dei finanziamenti, sovvenzioni o contributi;
- b. firmare atti o documenti con rilevanza all’esterno per l’ASP (es.: pratiche di richiesta, studi di fattibilità, piani di progetto, etc.) in assenza di poteri formalmente attribuiti;
- c. esibire documenti incompleti e dati falsi o alterati;



- d. tenere una condotta ingannevole che possa indurre gli Enti finanziatori/erogatori in un errore di valutazione tecnico-economica della documentazione presentata;
- e. omettere informazioni dovute al fine di orientare a proprio favore le decisioni della Pubblica Amministrazione;
- f. destinare contributi, sovvenzioni, finanziamenti provenienti da Enti Pubblici per finalità diverse da quelle per le quali sono stati ottenuti.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione di finanziamenti pubblici che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Gestione di finanziamenti pubblici per progetti vari

1. Il soggetto proponente formalizza un *dossier* contenente:
 - a. le finalità dell'iniziativa;
 - b. eventuale elenco degli eventuali partner di progetto;
 - c. la verifica preliminare di un *budget* economico per definire la fattibilità del progetto.
2. Verifica del *dossier*, a cura dell'Unità organizzativa economico finanziaria
3. Proposta inoltrata alla valutazione del Direttore Generale per accesso a possibile finanziamento
4. La sottoscrizione della proposta di domanda di finanziamento è effettuata dal Direttore Generale o soggetto delegato, in base a quanto richiesto dal bando.
5. Sulla base della tipologia di finanziamento e del soggetto erogatore il Direttore Generale avvia la pratica di richiesta
6. In seguito all'approvazione del contratto o della convenzione, predisposizione a cura dell'Unità organizzativa economico finanziaria, dell'apertura di un centro di commessa intestato al progetto o al finanziamento e assegnazione all'Unità organizzativa proponente.
7. L'utilizzo dei fondi stanziati per il progetto nei limiti di quanto fissato nel *budget* è effettuato all'Unità organizzativa proponente, in coerenza con il *budget* del progetto.
8. Contabilizzazione delle spese effettuata da parte dell'Unità organizzativa economico finanziaria.
9. Presentazione della documentazione afferente al progetto per la rendicontazione debitamente sottoscritta dal soggetto proponente
10. Controllo documentazione di rendiconto da parte dell'Unità economico finanziaria ed invio atti al Direttore Generale per
11. Ove la documentazione di rendicontazione debba essere inviata all'Ente Finanziatore, è prevista la sottoscrizione della documentazione di rendiconto progetto da parte del Direttore Generale
12. In alcuni casi, svolgimento di attività di *audit* da parte degli Enti finanziatori per verificare la corretta rendicontazione dei progetti di ricerca, a conclusione degli stessi o in fasi intermedie. Nel caso di visite ispettive il Direttore Generale o un soggetto delegato ne riceve comunicazione e incarica l'unità organizzativa proponente che predispone tutta la documentazione richiesta/necessaria (a titolo esemplificativo e non esaustivo: contratti, richieste di acquisto, ordini, bolle, fatture, giustificativi di spesa).
13. Archiviazione di tutta la documentazione necessaria alla rendicontazione dei progetti (fatture, giustificativi di spesa...), almeno in copia, presso l'Unità proponente.
14. Nel rispetto della legge, si prevede l'associazione dei flussi finanziari ai progetti attraverso Codici Identificativi di Gara (CIG) e Codici Unici di Progetto (CUP).



2.10 – GESTIONE DELLE TARIFFE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI ACCREDITATE DAL S.S.R.

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione delle tariffe regionali per prestazioni accreditate Servizio Sanitario Regionale (di seguito S.S.R.) e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 316-bis c.p. Malversazione a danno dello Stato;
- art. 316-ter c.p. Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
- art. 640 c.p. Truffa a danno dello Stato o di altro ente pubblico;
- art. 640-bis c.p. Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
- art. 640-ter c.p. Frode informatica;
- art. 317 c.p. Concussione;
- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 322 c.p. Istigazione alla corruzione;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione delle tariffe regionali per le prestazioni accreditate S.S.R.:

- gestione della fatturazione alla Regione per prestazioni accreditate S.S.R..

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione delle tariffe regionali per prestazioni accreditate S.S.R. prevedono il coinvolgimento delle organizzative di seguito riportate:

- Direttore Generale;
- Direttore Medico;
- Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP
- Unità organizzativa IDR
- Unità organizzativa RSA

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative.

Principi operativo di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello – che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione delle tariffe regionali per prestazioni accreditate S.S.R. - devono attenersi:

- a. gestire qualsiasi rapporto con la Pubblica Amministrazione sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza, ispirandosi alla massima professionalità, al fine di instaurare un rapporto di collaborazione con i pubblici funzionari;
- b. fornire ai propri collaboratori direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio di reato;
- c. prevedere adeguati meccanismi di tracciabilità dei flussi informativi inviati alla Pubblica Amministrazione;



- d. attenersi ai principi di correttezza e verità, utilizzando e presentando dichiarazioni e documenti completi e attinenti alle attività per le quali i rimborsi possano essere legittimamente ottenuti, nonché fornendo tutte le informazioni dovute;
- e. garantire attività di monitoraggio sulla corrispondenza tra quanto effettivamente erogato e quanto rendicontato ai fini della fatturazione nonché sulla corretta valorizzazione e rendicontazione alla Regione delle prestazioni erogate;
- f. garantire che l'accesso ai documenti già archiviati sia sempre motivato e consentito solo alle persone autorizzate per i rispettivi ambiti di competenza.

È fatto esplicito divieto di:

- a. rappresentare in modo non veritiero le patologie e le conseguenti prestazioni erogate, nella documentazione clinica o in altra documentazione sanitaria (referti, ricette, impegnative, ecc.);
- b. rendicontare non congruamente le prestazioni ambulatoriali in costanza di ricovero (ad esempio, valorizzando autonomamente come prestazioni ambulatoriali interventi quali esami di fase pre-ricovero - il cui costo è ricompreso nella valorizzazione del DRG di ricovero);
- c. rendicontare in modo dolosamente artefatto le prestazioni fatturabili alla Regione;
- d. fatturare a carico della Regione prestazioni non effettivamente erogate;
- e. fatturare a carico della Regione utilizzando un codice di DRG che preveda un livello di pagamento maggiore rispetto al codice di DRG corrispondente alla prestazione effettivamente erogata al Paziente;
- f. duplicare la fatturazione a carico della Regione per una medesima prestazione.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione della fatturazione alla Regione per prestazioni accreditate S.S.N. che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Gestione della fatturazione alla Regione per prestazioni accreditate S.S.R.

1. Tracciabilità della selezione e registrazione dei codici nei sistemi informativi dell'ASP all'interno di un applicativo informatico.
2. Compilazione completa della scheda SDO per pazienti IDR in regime residenziale all'atto delle dimissioni a cura del Medico. Inoltro delle SDO a Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP per elaborazione ed invio dei flussi.
3. Compilazione completa della scheda RIAFAM per pazienti IDR in regime ambulatoriale all'atto della presa in carico e alla chiusura delle prestazioni. Inoltro delle RIAFAM a Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP per elaborazione ed invio dei flussi.
4. Compilazione completa della scheda SOSIA al momento dell'ingresso in struttura RSA a cura del medico ed aggiornata obbligatoriamente almeno ogni trimestralmente (90gg). Inoltro delle SOSIA a Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP per elaborazione ed invio dei flussi.
5. Controllo automatico in fase di *data-entry* sulla correttezza formale dei codici inseriti (possono essere inseriti solo i codici inclusi in specifiche tabelle).
6. Estrazione dai sistemi informativi e invio telematico trimestrale degli stessi al Dipartimento ASSI dell'ASL di competenza dell'Azienda Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP.
7. Revisione collegiale in presenza degli ispettori regionali, del referente e dei medici delle unità di ricovero interessate, sulla documentazione clinica oggetto di contestazione; alla conclusione della revisione, redazione di apposito verbale firmato dal Direttore Generale o da persona da questi delegata.
8. Responsabilità della gestione della documentazione clinica, dal ricovero alla dimissione del Paziente, da parte del medico responsabile.



9. All'atto delle dimissioni, verifica di completezza della documentazione clinica da parte del Direttore Medico ed archiviazione della stessa a cura di Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP .



2.11 – GESTIONE DELLE LISTE D’ATTESA

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione delle liste di attesa e ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

- art. 317 c.p. Concussione;
- art. 318 c.p. Corruzione per un atto d’ufficio;
- art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- art. 322 c.p. Istigazione alla corruzione;
- ecc.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione delle liste di attesa:

- gestione delle liste di attesa per ricoveri e prestazioni.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione delle liste di attesa prevedono il coinvolgimento delle unità organizzative di seguito riportate:

- Direttore Generale;
- Direttore Medico;
- Unità organizzativa servizio accettazione ricoveri – URP

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative.

Principi generali di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione delle liste di attesa - devono attenersi:

- a. gestire le liste di attesa sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza;
- b. comunicare, senza ritardo, al proprio responsabile gerarchico eventuali comportamenti posti in essere da terzi, con particolare riguardo a soggetti operanti nell’ambito della controparte pubblica, rivolti ad ottenere favori, vantaggi, privilegi nella gestione delle liste di attesa;
- c. osservare procedure d’inserimento e cancellazione dei nominativi all’interno delle liste di attesa.

È fatto inoltre divieto di:

- a. accordare o promettere vantaggi di qualsiasi natura (ad esempio, inserimenti ai vertici della lista a scapito di altri soggetti aventi diritto) a funzionari pubblici e/o a loro familiari;
- b. effettuare, nell’ambito dell’attività di gestione delle liste, operazioni di inserimento, cancellazione, avanzamento e retrocessione di nominativi che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di prestazione da svolgere e nel contesto delle regole definite dall’ASP;
- c. elaborare e presentare dichiarazioni non veritiere al fine di poter favorire funzionari pubblici;
- d. fornire, nell’ambito della gestione di prenotazioni volte all’inserimento di soggetti appartenenti alla Pubblica Amministrazione, dati/informazioni non corretti;



- e. omettere informazioni dovute o eludere obblighi normativi, con la finalità di perseguire trattamenti di favore per il soggetto pubblico;
- f. laddove le attività siano effettuate utilizzando il sistema informativo/telematico, alterare lo stesso e i dati inseriti in qualsivoglia modo procurando un vantaggio a funzionari pubblici.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle unità organizzative coinvolte nell'ambito della gestione delle liste di attesa che richiamano, riassumono o integrano quanto definito da procedure interne all'Azienda.

Gestione delle liste di attesa per ricoveri e prestazioni

1. Strutturazione delle liste secondo specifici criteri e classi di priorità.
2. Associazione di classe di priorità alla diagnosi del Paziente/Ospite da parte del Direttore Medico e dei suoi collaboratori.
3. Definizione ~~in specifiche circolari interne emesse e diffuse sulle~~ delle modalità di registrazione dei dati anagrafici, inserimento del paziente in lista, pianificazione del ricovero, effettuazione modifiche alla lista, responsabilità, sorveglianza, *reporting*.
4. Definizione delle modalità di gestione delle prenotazioni per le prestazioni ambulatoriali ~~in specifiche circolari interne emesse e diffuse da parte dell'Azienda.~~
5. Definizione dei dati minimi necessari da fornire per l'inserimento dei Pazienti/Ospiti nelle liste d'attesa.
6. Monitoraggio, attraverso periodici *report*, da parte del Direttore Medico su specifici indicatori relativi alla gestione delle liste.



2.12 – GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA AMBIENTALE

Il presente capitolo è dedicato alla trattazione del processo di gestione degli adempimenti in materia ambientale ed ai principi di controllo relativi ai rischi di commissione di illeciti, di cui si riporta di seguito un elenco a titolo meramente esemplificativo.

Rischi di commissione di illeciti (vedi tabella “tabella reati/illeciti...” citata al capitolo 2.1.1)

Decreto Legislativo n.121 del 7 Luglio 2011 che "recepisce le direttive 2008/99 e 2009/123, che danno seguito all'obbligo imposto dall'Unione europea di incriminare comportamenti fortemente pericolosi per l'ambiente, sanzionando penalmente condotte illecite individuate dalla direttiva (e fino ad oggi non previste come reati) ed introducendo la responsabilità delle persone giuridiche, attualmente non prevista per i reati ambientali.

Le attività disciplinate nel presente capitolo sono soggette al possibile rischio di commissione, sia in via strumentale che diretta, di illeciti, tra cui, a titolo esemplificativo, raccolta, trasporto, recupero e smaltimento di rifiuti in mancanza della prescritta autorizzazione, iscrizione o comunicazione, deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi e traffico illecito di rifiuti.

Le attività sensibili

Di seguito si riportano le attività considerate “sensibili” nell’ambito della gestione degli adempimenti in materia ambientale:

- gestione dei rifiuti (inclusi i rifiuti sanitari);
- gestione delle emissioni in atmosfera;
- prevenzione delle contaminazioni del suolo, sottosuolo, acque superficiali e sotterranee;
- gestione delle sostanze lesive dell’ozono.

Ruoli e Responsabilità

Le attività inerenti alla gestione delle liste di attesa prevedono il coinvolgimento delle unità organizzative di seguito riportate:

- Consiglio d’Indirizzo;
- Direttore Generale;
- Direttore Medico;

Nello svolgimento delle attività sopraindicate possono essere coinvolte, a vario titolo, altre unità organizzative.

Principi generali di comportamento

Fatto salvo quanto previsto dal Codice Etico dell’Azienda, si riportano di seguito, in via esemplificativa e non esaustiva, i principi di comportamento a cui i destinatari del Modello - che per ragione del proprio incarico o della propria funzione sono coinvolti nelle attività di gestione degli adempimenti ambientali - devono attenersi:

- a. rispettare gli obblighi previsti dalle norme internazionali, nazionali e locali in materia di tutela dell’ambiente nonché osservare scrupolosamente le disposizioni e le istruzioni impartite dai soggetti preposti al fine di preservare l’ambiente;
- b. operare in coerenza con il sistema di deleghe e procure in essere;
- c. perseguire l’obiettivo di "nessun danno all’ambiente". Non devono essere perseguiti obiettivi di risparmio costi e tempi a scapito della tutela dell’ambiente;
- d. segnalare tempestivamente ai soggetti responsabili in materia ambientale delle strutture individuate eventuali situazioni di pericolo per l’ambiente;
- e. individuare precise regole cautelari da seguire al fine di assicurare la necessaria tutela ambientale e promuovere



una cultura nella quale tutti i dipendenti e i collaboratori partecipino a questo impegno;

f. garantire, anche attraverso la formalizzazione di un'apposita informativa, un adeguato livello di formazione e informazione ai dipendenti e ai collaboratori terzi e verificare che i collaboratori terzi rispettino la normativa ambientale e le regole di comportamento e controllo definite dall'Azienda, ove applicabili.

È fatto inoltre divieto di adottare comportamenti che possano costituire un reato compreso fra quelli considerati dal Decreto 152/06 e s.m.i. nonché ulteriore legislazione ambientale ad esso correlate.

Principi di controllo

Si elencano, di seguito, i principi di controllo che devono essere osservati dalle strutture organizzative coinvolte nell'ambito della gestione degli adempimenti in materia ambientale che potrebbero richiamare altre disposizioni, emesse dall'Azienda in materia.

Gestione dei rifiuti

1. Verifica di rispetto delle autorizzazioni, iscrizioni e comunicazioni per la gestione dei rifiuti, laddove necessarie (ad esempio per il trasporto dei rifiuti in conto proprio).
2. Verifica di esistenza dei requisiti *ex-lege* dei fornitori dei servizi di smaltimento dei rifiuti e/o intermediari (quali, a titolo esemplificativo, autorizzazioni e iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Rifiuti).
3. Verifica circa la corretta gestione dei rifiuti prodotti dai fornitori dei servizi di manutenzione all'interno dei siti dell'ASP, qualora si configurino come produttori degli stessi, anche sulla base di specifici accordi contrattuali inerenti le attività di manutenzione degli impianti.
4. Verifica, anche a mezzo di società terze e/o intermediari di rifiuti, cui si affida il servizio interno di gestione dei rifiuti, di:
 - a. coerenza tra mezzi di trasporto dei rifiuti e autorizzazioni al trasporto dello specifico rifiuto;
 - b. verifica periodica circa il mantenimento nel tempo dei requisiti *ex-lege* degli smaltitori;
 - c. predisposizione di ogni azione necessaria affinché la caratterizzazione dei rifiuti e la definizione delle specifiche modalità di smaltimento avvenga secondo i principi di accuratezza e nel rispetto delle prescrizioni autorizzative e normative;
 - d. verifica di correttezza dei dati registrati nella dichiarazione annuale dei rifiuti (MUD) preventiva all'invio agli Enti preposti.
 - e. verifica di presenza, presso i depositi temporanei di rifiuti, di contrassegni indicanti l'area di stoccaggio e di idonea cartellonistica informativa/formativa sulla gestione dei rifiuti, in cui sia anche esplicitato il divieto di miscelazione degli stessi.
 - f. verifica circa l'utilizzo di contenitori appropriati alla tipologia di rifiuto stoccata, la corretta etichettatura dei contenitori e delle aree adibite al deposito temporaneo, la definizione di opportuni criteri operativi per la raccolta, separazione e confezionamento dei rifiuti prodotti atti ad assicurare la compatibilità dei rifiuti depositati, ovvero la non miscelazione di rifiuti pericolosi e non pericolosi con pericolosi.
 - g. verifica, sulla base dei dati inseriti nei Registri di Carico e Scarico, del non superamento dei limiti volumetrici e temporali imposti, ovvero l'avvio del processo di recupero/smaltimento entro i termini previsti a fronte del superamento prossimo ai limiti predetti.
 - h. attività di sorveglianza anche finalizzate a verificare che non vengano abbandonati i rifiuti al di fuori delle aree dedicate.
 - i. l'utilizzo di opportune modalità per il trasporto dei rifiuti dai reparti ai depositi temporanei;
 - l. la corretta gestione dei rifiuti prodotti dai reparti;
 - m. l'utilizzo di particolari sistemi di gestione e smaltimento - ai sensi del DPR 254/2003 - per i rifiuti sanitari quali farmaci scaduti o inutilizzabili, medicinali citotossici e citostatici, sostanze stupefacenti e psicotrope;
 - n. in tema di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo:



- la corretta etichettatura di specifici contenitori dedicati;
- il rispetto delle tempistiche di smaltimento attraverso l'attuazione di opportune regole operative per la registrazione cronologica dei rifiuti prodotti e stoccati ai depositi temporanei, nonché per il monitoraggio dei tempi e delle condizioni di stoccaggio, quest'ultime tali da non poter comportare rischi per la salute e la sicurezza del personale e di terzi;

Gestione delle emissioni in atmosfera

5. Supervisione sulle attività connesse alla richiesta di autorizzazione alle emissioni in atmosfera, in accordo alla Normativa vigente, agli enti competenti.

6. Monitoraggio della validità delle autorizzazioni alle emissioni, al fine del mantenimento della conformità autorizzativa e normativa

7. Verifica di rispetto di tutte le prescrizioni contenute negli atti autorizzativi.

Prevenzione della contaminazione di suolo, sottosuolo, acque superficiali e sotterranee

8. Verifica che serbatoi/contenitori/vasche in generale utilizzati per lo stoccaggio di sostanze liquide pericolose/rifiuti pericolosi possiedano adeguati requisiti di resistenza in relazione alle proprietà chimico fisiche e alle caratteristiche di pericolosità delle sostanze ivi contenute, che siano attivi, funzionanti e mantenuti i presidi tecnologici di controllo in osservanza delle *best practice* riconosciute in materia.

9. Verifica di esecuzione di periodiche attività di ispezione, manutenzione e verifica di eventuali perdite dai serbatoi interrati e dei locali contenenti sostanze e rifiuti pericolosi.

10. Definizione di opportune modalità per lo stoccaggio e l'utilizzo delle sostanze pericolose nel rispetto delle prassi e modalità operative atte a prevenire ed evitare o contenere qualsiasi sversamento o evento accidentale che possa arrecare inquinamento del suolo, sottosuolo e acque sotterranee.

11. Verifica di disponibilità dei presidi per la prevenzione ed il trattamento immediato in caso di sversamenti accidentali di fluidi.

12. Definizione di modalità per la comunicazione immediata di eventuali situazioni di emergenza a potenziale inquinamento, nonché per la definizione ed esecuzione immediata delle azioni di trattamento e risolutive della non conformità rilevata.

13. Tutti i soggetti individuati alla sezione "Ruoli e responsabilità", ove coinvolti, garantiscono la messa in atto delle procedure di comunicazione agli Enti competenti, di prevenzione della diffusione della contaminazione ed eventualmente di bonifica del sito, conformemente ai disposti di cui all'art. 242 del Testo Unico Ambiente:

a. adottare, entro 24 ore successive all'evento, le misure necessarie di prevenzione della diffusione della eventuale contaminazione, nonché darne immediata comunicazione agli Enti preposti;

b. effettuare una indagine preliminare allo scopo di individuare le concentrazioni dei parametri oggetto del potenziale inquinamento. In caso di accertamento della presenza di contaminazione, effettuare una comunicazione immediata agli Enti preposti con descrizione delle misure di prevenzione e di messa in sicurezza d'emergenza adottate;

c. presentare, con la tempistica prevista dalla legislazione vigente, agli Enti preposti il piano di caratterizzazione del Sito inquinato da sottoporre alla loro autorizzazione;

d. effettuare, dopo l'approvazione del piano di caratterizzazione, nei tempi previsti dalla legislazione vigente, la presentazione alla Regione dei risultati dell'analisi di rischio sito specifica, eseguita sulla base delle risultanze della caratterizzazione;

e. nel caso in cui il sito non venga dichiarato inquinato dare attuazione all'eventuale programma di monitoraggio prescritto dagli Enti preposti;

f. nel caso in cui il sito venga dichiarato inquinato: effettuare la presentazione del progetto operativo di bonifica o di messa in sicurezza operativa o permanente (e, ove necessario, le ulteriori misure di riparazione e di ripristino ambientale) entro sei mesi dall'approvazione del documento di analisi di rischio;

i. approvato il progetto, con o senza prescrizioni, attuare gli interventi di bonifica, messa in sicurezza



permanente e messa in sicurezza operativa, conformemente al progetto approvato.

Gestione delle sostanze lesive dell'ozono

14. Supervisione delle manutenzioni e verifiche di tenuta periodiche degli impianti contenenti sostanze ozonolesive, tramite società terze specializzate e in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, finalizzate a garantire l'efficienza degli impianti e a preservare l'ambiente da eventuali fughe.
15. Verifica che le specifiche del macchinario (c.d. dati di targa), la quantità di sostanze ozonolesive ed le informazioni relative alla manutenzione siano correttamente archiviati e periodicamente aggiornati.
16. Verifica che eventuali sostanze ozonolesive, presenti all'interno di dispositivi o impianti, siano impiegate e eventualmente smaltite secondo la vigente legislazione.