



Modello organizzativo gestionale e di controllo

ai sensi del D.Lgs 231/01

Istituti Ospedalieri Bergamaschi srl



POLICLINICO SAN MARCO



POLICLINICO SAN PIETRO



INDICE

PARTE GENERALE	4
1. glossario, definizioni ed abbreviazioni	4
2. Il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001 n. 231	7
3. Adozione del modello ex D.Lgs. 231 del 2001	10
4. L'Organismo di Vigilanza.....	15
5. Il Sistema Disciplinare	24
6. Regole di comportamento e Codice Etico.....	29
7. Diffusione e formazione sul Modello.....	29
PARTE SPECIALE	33
8. Le Fattispecie di Reato, possibili fonti di responsabilità amministrativa	33
10. I reati societari.....	39
11. I reati 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.....	42
APPENDICE	44

PRIMA PARTE

PARTE GENERALE

1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Si fornisce qui di seguito la definizione dei principali termini utilizzati nel Modello di Organizzazione Gestione e Controllo degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi

Modello: si intende il complesso dei principi di comportamento e delle procedure operative ad essi ispirate, adottati dall'Istituto al fine di prevenire la commissione dei reati, così come previsto dagli art. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001, ad integrazione degli strumenti Organizzativi e di Controllo vigenti nell'Ente (Codice Etico, Procedure Operative, Organigrammi, Procure, Deleghe, Manuale delle Procedure e Manuale Qualità). 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. 231/01 e alle direttive in esso contenute.

Soggetti apicali: si intendono tutti i soggetti che rivestono, anche di fatto, funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale.

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 o P.A.:

si intende qualsiasi Ente pubblico¹, 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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

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.
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 costituiscono parte integrante dello stesso.
Reati Rilevanti	Reati espressamente contemplati dal D.lgs 231/01
Soggetti obbligati:	si intendono tutti i soggetti a cui è rivolto il Modello, e più precisamente i Soci, gli Amministratori, i Sindaci, i Direttori, i Medici, i Dipendenti, i Collaboratori, i Consulenti e gli <i>stakeholders</i> in generale.
Tracciabilità:	si intende l'aspetto procedurale che prevede la dimostrazione, attraverso precise tracce documentali, dello svolgimento di un certo evento aziendale o di un processo decisionale.
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. 231/01 e/o alle mutate condizioni ambientali e/o a nuovi orientamenti della best practice.

¹ Nella definizione di Ente Pubblico sono compresi quei soggetti privati che, per ragioni preminenti di ordine

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
Nucleo Controllo Interno (NIC)

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'Istituto, a garanzia del raggiungimento degli obiettivi, sia quantitativi che qualitativi, attraverso metodologie corrette e trasparenti. Tale funzione si rapporta con l'Organismo di Vigilanza, non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività della società, né facoltà di destinare risorse economiche e finanziarie della società stessa. È una funzione indipendente alla quale tutte le strutture aziendali si possono rivolgere per la risoluzione dei problemi legati alla *compliance* e al rispetto delle regole interne dell'Istituto.

ABBREVIAZIONI

Nella parte che segue e nelle Procedure allegate, saranno utilizzate le seguenti abbreviazioni:

"Istituti Ospedalieri Bergamaschi"

o "IOB" o "Istituto" o "Istituti"

o "Struttura" : si intendono gli Istituti Ospedalieri Bergamaschi

OdV. : si intende l'Organismo di Vigilanza della società.

CdA: si intende il Consiglio di Amministrazione della società.

AD: si intende l'Amministratore Delegato.

Soci: si intendono i soci degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi

DS: si intende il Direttore Sanitario dell'Istituto

Decreto o D. Lgs. 231/01: si intende il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001, n. 231, integrato con gli aggiornamenti sino ad oggi intervenuti.

AIOP: si intende l'Associazione Italiana Ospedalità Privata.

SSR: si intende il Servizio Sanitario Regionale.

SSN: si intende il Servizio Sanitario Nazionale.

DRG si intende il *Diagnosis-related group* o Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi. E' un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri correlato con le diagnosi e gli interventi. Il DRG viene attribuito alle differenti diagnosi/prestazioni cliniche erogate tramite un *software denominato DRG Groupier*.

SDO si intende la scheda di dimissione ospedaliera.

NOC si intendono i Nuclei Operativi di Controllo delle Aziende Sanitarie Locali.

politico-economico, adempiono ad una funzione pubblicistica posta a presidio della tutela di interessi generali.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

2. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231

IL REGIME DI RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA PREVISTO A CARICO DELLE PERSONE GIURIDICHE EX D. LGS. N. 231/2001

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:

1. malversazione ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico
2. indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato o di altro Ente Pubblico
3. truffa ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico
4. truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche
5. frode informatica ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico
6. concussione
7. corruzione
8. istigazione alla corruzione
9. 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 fattispecie²:

- **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, *quinquies* 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);

² Per una disamina completa si confronti l'Appendice "catalogo degli illeciti amministrativi e dei reati presupposto della responsabilità degli enti".

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- **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).

La 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:

- a) 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. 231/01;
- b) che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente;
- c) 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:

- a) 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;
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a)".

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 delle Unità Operative/Servizi 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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

L'ADOZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO QUALE CONDIZIONE DI POSSIBILE 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)³, 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:

- a. *individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;*
- b. *prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;*

³ L'articolo 5, comma 1, lett. b, stabilisce la responsabilità dell'Ente per i reati commessi nel suo interesse o nel suo vantaggio da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- c. *individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;*
- d. *prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli;*
- e. *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:

- a. *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;*
- b. *un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello;*

3. ADOZIONE DEL MODELLO EX D.LGS. 231 DEL 2001

STATO DELLE PROCEDURE E OBIETTIVI PERSEGUITI CON L'ADOZIONE DEL MODELLO

Come già anticipato, l'Istituto è un'azienda ospedaliera accreditata con il SSN ed è pertanto soggetta a controlli e verifiche da parte della Regione e delle ASL, a cui spetta il compito di stabilire le modalità di valutazione delle strutture, delle procedure e dei requisiti di qualificazione e accreditamento, nonché di verificare i risultati prodotti in termini di qualità e di appropriatezza delle metodologie applicate.

L'assoggettamento al regime dell'accreditamento e la conseguente necessità di rispettare i requisiti previsti hanno fatto sì che la società fosse già dotata da anni di un complesso di strutture, di strumenti di controllo e di procedure interne che costituiscono un efficace presidio per la prevenzione di alcuni dei reati inclusi nel perimetro del D.Lgs. 231/01.

A riguardo, si consideri che l'Istituto ha istituito da alcuni anni, e via via implementato, in termini di personale e di attività di controllo, l'Ufficio per il controllo delle cartelle cliniche; tale ufficio è stato denominato, a partire dalla fine del 2009, Nucleo Controllo Cartelle Cliniche (NCCC) ed è dedicato ad assicurare, dal punto vista sia amministrativo che medico, la correttezza formale e la completezza delle SDO, nonché la esatta codifica di tutte le cartelle cliniche ai fini dell'adempimento del debito informativo nei confronti della Regione e della ASL di competenza, nonché della corretta fatturazione delle prestazioni erogate.

In aggiunta, si consideri che l'ottenimento della Certificazione di Qualità, è l'espressione della presenza di un Sistema di Gestione della Qualità, e delle procedure ad esso relative, **(i)** conforme alla normativa, **(ii)** sottoposto periodicamente ad un processo di certificazione e sorveglianza da parte di un organismo indipendente accreditato ed **(iii)** atto ad uniformare le attività aziendali a *standards* di eccellenza unanimemente riconosciuti.

autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

L'Istituto, inoltre, promuove e consolida al proprio interno una cultura di trasparenza, integrità e controllo nell'esercizio delle attività aziendali, nella convinzione che l'assoluto rispetto di questi valori rappresenti una premessa indispensabile ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Conseguentemente, nell'ottica di predisporre una ancor più efficiente attività di controllo e di monitoraggio di tutti i processi sensibili, l'Istituto ha avviato nel corso del 2009 le ulteriori attività propedeutiche all'adozione ed all'implementazione, all'interno della struttura, di un Modello Organizzativo specificatamente aderente alle disposizioni del D.Lgs. 231/01 quali, in particolare:

- lo sviluppo ed il rafforzamento dell'Ufficio per il controllo delle cartelle cliniche, successivamente denominato NCCC a garanzia del controllo, sia dal punto di vista amministrativo che medico, di tutte le SDO, le cartelle cliniche e delle codifiche in esse riportate;
- l'adozione di un Codice Etico Comportamentale;
- la sottoscrizione da parte del personale medico libero professionista di un nuovo contratto che, in estrema sintesi, subordina il conseguimento della quota variabile della remunerazione ad esso spettante al raggiungimento di obiettivi anche di natura qualitativa, tra i quali il rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 231/01, dal Codice etico e dal Modello Organizzativo adottato dall'Istituto;
- la mappatura dei processi e delle attività aziendali "sensibili" ovvero delle aree operative nel cui ambito potrebbe essere più frequente la possibilità di commissione dei reati di cui al Decreto.

Il gruppo di lavoro ha pertanto provveduto **(i)** all'analisi delle procedure e del sistema dei controlli già esistenti, **(ii)** alla revisione e integrazione delle procedure interne per renderle più incisive, più chiare ed organizzate, **(iii)** alla previsione di un Organismo di Vigilanza e di un sistema sanzionatorio più efficace e stringente e **(iv)** all'elaborazione del presente Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/01.

dello stesso.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

OGGETTO E SCOPO DEL MODELLO

L'Istituto nell'intento di assicurare, a tutela della propria posizione e immagine, condizioni di correttezza, integrità e trasparenza nella conduzione delle attività aziendali, ha ritenuto, come già anticipato, di attuare un programma di analisi dei propri strumenti organizzativi, di gestione e di controllo, di verificare la corrispondenza delle procedure aziendali già esistenti alle finalità previste dal Decreto e di procedere all'attuazione del Modello rigorosamente secondo i dettami della Legge.

Tale iniziativa è stata assunta nella convinzione che il Modello stesso – che riassume ed integra l'insieme di regole e procedure interne già presenti e che saranno successivamente introdotte - possa costituire un valido e più efficace strumento di sensibilizzazione nei confronti di tutti coloro che operano nell'Istituto, affinché si attengano, nell'espletamento delle proprie attività, a comportamenti corretti, trasparenti e lineari, tali da prevenire il rischio di compimento dei reati contemplati nel Decreto.

Al termine dell'attività di mappatura delle aree/attività a rischio reato ex D.Lgs. 231/01 sono stati individuati i criteri generali che hanno poi ispirato l'elaborazione del presente documento.

Tali criteri principalmente consistono:

- nella implementazione e/o potenziamento di sistemi di controllo interni all'Istituto che consentano una costante azione di monitoraggio sulle potenziali aree di attività a rischio e un tempestivo intervento per prevenire o porre termine o impedire la prosecuzione della commissione di eventuali reati;
- nell'individuazione di specifiche procedure interne che siano parte integrante del Modello e che individuino i soggetti titolari delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità.
- nella previsione di adeguata separazione delle funzioni, al fine di impedire che i destinatari del Modello possano gestire in maniera autonoma un intero processo, nonché nella definizione e nell'attribuzione di poteri autorizzativi in linea con le responsabilità assegnate;
- nella previsione di obblighi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza, nonché di appositi canali informativi interni;
- nell'introduzione di un sistema sanzionatorio che si renderà applicabile in caso di violazione delle linee di condotta indicate ai fini della prevenzione dei reati di cui al D. Lgs. 231/2001 e delle procedure interne previste dal Modello stesso;
- nella previsione di programmi di formazione interna, obbligatori per tutti i livelli aziendali, e di informazione e diffusione ai terzi sui contenuti del Decreto, sulle regole comportamentali e sulle procedure adottate dall'Istituto.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

In questo ambito, si richiamano di seguito i principali presidi dell'Istituto ai quali il Modello fa riferimento

- Statuto sociale;
- Codice Etico;
- Carta dei Servizi;
- Carta europea dei diritti del malato;
- Manuale della Cartella Clinica;
- Manuale delle Procedure di Qualità, conforme con la normativa UNI EN ISO 9001;
- Sistema di deleghe di poteri e di procure;
- Sistema disciplinare del personale dipendente;
- Procedure per il regolare svolgimento delle attività aziendali;
- Sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro e l'ambiente;
- Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e le relative misure di prevenzione e protezione;
- Documento programmatico sulla sicurezza.

Si consideri, peraltro, che il sistema di regole e procedure interne attualmente esistenti ed adottate, nonché quelle in corso di perfezionamento, per la prevenzione dei reati *ex D.Lgs. 231/01*, riepilogate nella parte speciale e nell'Appendice del presente Modello alla quale si rimanda, sono strumento necessario per il buon funzionamento del Modello stesso, e ne costituiscono, pertanto, una parte fondamentale.

Particolare rilevanza assume la normativa interna disciplinante le attività a rischio di reato ai sensi del D. Lgs. 231/2001, con particolare riferimento agli aspetti attinenti alla:

- definizione di deleghe (poteri) e facoltà (limiti di spesa);
- verificabilità e documentabilità delle operazioni (cosiddetta tracciabilità);
- separatezza delle funzioni;
- effettuazione di controlli a diversi livelli.

Il Modello si propone, mediante l'individuazione delle attività "sensibili" a rischio di reato e la definizione delle relative procedure operative, di perseguire le seguenti finalità:

- determinare, in tutti coloro che operano nelle aree in cui si effettuano attività "sensibili", la consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate, in un illecito passibile di sanzioni, sul piano penale e amministrativo, non solo nei propri confronti, ma anche nei confronti dell'azienda;
- ribadire che tali forme di comportamento illecito sono condannate dall'Istituto in quanto contrarie, oltre che alle disposizioni di legge, anche ai principi etico/sociali cui la società intende attenersi nell'assolvimento della propria missione;
- consentire all'Istituto, grazie ad un'azione di monitoraggio attivato dall'Organismo di Vigilanza sulle aree a rischio di commissione di reato *ex D.Lgs. 231/01*, di intervenire tempestivamente per prevenire o contrastare il compimento dei reati stessi.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

In tale ottica, il Modello presuppone:

- un'attività di sensibilizzazione e di formazione ai fini della diffusione a tutti i livelli aziendali delle regole comportamentali in vigore nella società;
- il costante aggiornamento della mappatura delle attività "sensibili" ai sensi del Decreto e delle unità organizzative a maggior rischio di commissione delle fattispecie di reato in parola;
- l'istituzione di apposito Organismo di Vigilanza e l'attribuzione allo stesso di specifici compiti di controllo sull'efficace e corretto funzionamento del Modello, nonché la messa a disposizione dell'Organismo stesso di risorse aziendali adeguate e proporzionate ai compiti affidatigli e ai risultati attesi e ragionevolmente attendibili;
- la verifica e la documentabilità delle operazioni "sensibili" (cd. "tracciabilità");
- il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
- la definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
- la verifica dei comportamenti aziendali, nonché del funzionamento del Modello con conseguente aggiornamento periodico.

LA COSTRUZIONE DEL MODELLO E I SUOI PRINCIPI ISPIRATORI

Nel corso del 2009, come già anticipato, l'Istituto ha avviato le attività per la predisposizione del Modello di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto.

A tale scopo è stata svolta una serie di attività propedeutiche, suddivise in differenti fasi e dirette alla costruzione di un sistema di prevenzione e gestione dei rischi, in linea con le disposizioni della Legge.

Per la suddetta attività, l'Istituto, lo si ripete, ha destinato risorse umane interne che, ai fini dell'espletamento dell'incarico, si sono riferiti al D Lgs. 231/2001 (integrato degli aggiornamenti ad oggi intervenuti), al quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, ai Regolamenti, alle raccomandazioni emanate dalle varie Autorità di Controllo, alle indicazioni delle diverse associazioni di categoria (in particolare, le indicazioni contenute nel Codice di Comportamento AIOP, approvato dal Ministero della Giustizia in data 2 novembre 2004 e successivamente in data 24 giugno 2009), alle linee guida della *best practices* ed anche alla giurisprudenza sino ad ora esistente.

A completamento di tali attività, è stato elaborato il presente Modello che, lo si ripete, è così strutturato

- **Parte Generale**, relativa al funzionamento dell'Organismo di Vigilanza, ai Flussi informativi e alle segnalazioni da parte e verso tale Organismo, al Sistema Disciplinare, alla Diffusione ed alla Formazione sul Modello stesso.
- **Parte Speciale**, contenente la "sintesi" delle attività a rischio, i relativi presidi organizzativi.
- **Appendice**, con un focus sul tipologia di controllo volto a prevenire la commissione dei reati sulla compilazione delle SDO.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

Come già anticipato, la redazione del presente Modello recepisce ed integra i criteri ispiratori individuati dalle *“Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale ai sensi del D.Lgs. 231/01”* redatte dall'AIOP, documento giudicato idoneo dal Ministero della Giustizia in data 24 Giugno 2009.

Il presente Modello rappresenta un “atto di emanazione dell'organo dirigente” , ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 231/01 e, in quanto tale, le eventuali successive modifiche strutturali sono demandate all'approvazione del Consiglio d'Amministrazione.

4. L'ORGANISMO DI VIGILANZA

Ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il compito di vigilare sul funzionamento, sull'efficacia e sull'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento è assegnato ad un apposito Organismo, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo (art. 6, 1° comma, lett. b).

Tale Organismo deve ispirare la propria azione ai seguenti principi:

- controllo sull'effettività del Modello;
- vigilanza sull'adeguatezza del Modello;
- continuità di azione.

Esso dovrà:

- avere poteri di acquisizione e di richiesta di informazioni da e verso ogni livello e ambito operativo della società;
- aver accesso a risorse finanziarie dedicate all'espletamento delle sue funzioni;
- segnalare eventuali violazioni del Modello e proporre procedimenti disciplinari ed eventuali sanzioni a carico di soggetti che non abbiano rispettato le prescrizioni contenute nel Modello;
- essere indipendente da responsabilità di gestione aziendale ed autonomo rispetto ai vertici aziendali.

NOMINA, DURATA E SOSTITUZIONE DEI MEMBRI

L'Organismo di Vigilanza degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi è un organo collegiale misto composto da tre membri, di cui uno esterno all'Istituto e due interni allo stesso, scelti a decisione del CdA, selezionati in base ai requisiti di competenza e comprovata esperienza in merito ai compiti assegnati all'OdV; l'Organismo nomina quale Presidente il membro esterno, ad ulteriore garanzia dell'autonomia ed indipendenza dell'Organismo stesso.

Tale organo viene nominato dal CdA della società che, a tal fine, deve garantire il rispetto dei seguenti requisiti:

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- professionalità, intesa come “possesso di adeguate competenze specialistiche”. I componenti esterni dell'Organismo di Vigilanza dovrebbero essere scelti preferibilmente tra professionisti con esperienza maturata in ambito ispettivo, consulenziale e/o penalistico (avvocati, commercialisti, revisori, giuslavoristi, ecc);
- onorabilità, intesa come assenza di cause di ineleggibilità, previste per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo⁴;
- autonomia e indipendenza, intese come **(i)** possesso di autonomi poteri di iniziativa e controllo; **(ii)** assenza di vincoli di parentela, entro il quarto grado, con gli Amministratori e/o i componenti del Collegio Sindacale e/o i dipendenti;
- **(iii)** assenza di legami con la società 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; **(iv)** possibilità di relazionarsi direttamente con il vertice societario e gli organi di controllo;
- 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.

Ciascun membro dell'Organismo di Vigilanza eletto 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 CdA 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 strumenti idonei per poter svolgere l'attività, anche avvalendosi, se del caso, di ausili specializzati esterni.

E' rimessa al CdA 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:

⁴ ⁴ A tale riguardo, si precisa che costituiscono cause di ineleggibilità:

- l'essere indagato ovvero l'aver riportato una condanna, anche non a titolo definitivo, per uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;
- le circostanze di cui all'art. 2382 del Codice Civile e, più precisamente, l'essere “*interdetto, inabilitato, fallito o condannato ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi*.”;
- l'aver subito l'adozione di misure di prevenzione da parte dell'Autorità Giudiziaria, salvo il successivo ottenimento della completa riabilitazione;
- la sentenza di condanna, passata in giudicato, per i reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria e contro la P.A., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- i componenti dell'Organismo rimangono in carica tre anni, con possibilità di rinnovare il mandato per un solo triennio, con apposita delibera del CdA, che stabilisce, nella medesima seduta, il compenso loro spettante per gli incarichi assegnati;
- i membri dell'Organismo decadono in caso di perdita dei requisiti di eleggibilità, onorabilità, professionalità e indipendenza; essi devono comunicare tempestivamente al Presidente del CdA e agli altri componenti l'eventuale perdita dei requisiti;
- l'Organismo di Vigilanza si intende decaduto se viene a mancare la maggioranza dei componenti. In tal caso, il CdA provvede a nominare, senza indugio, i nuovi membri, sulla base dei criteri di composizione sopra definiti; l'Organismo si intende, altresì, decaduto se la società 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 o i suoi singoli membri non possono essere revocati dal CdA se non per giusta causa, accertata dal Consiglio in seduta congiunta con il Collegio Sindacale, cui partecipano anche gli altri membri dell'Organismo.

Per giusta causa di revoca può anche intendersi, a titolo meramente esemplificativo:

- una grave negligenza nell'espletamento dei compiti assegnati;
- un'assenza ingiustificata per più di tre volte consecutive alle sedute dell'Organismo;
- l'interruzione del rapporto di lavoro o di collaborazione, laddove il componente sia anche dipendente o collaboratore della struttura.

La rinuncia di uno o più membri può essere esercitata in qualsiasi momento tramite comunicazione al Presidente del CdA e agli altri componenti.

COMPENSO E CAPACITÀ DI SPESA

Il compenso ai membri dell'Organismo di Vigilanza è fissato dal CdA.

L'Organismo deve essere dotato di autonoma capacità di spesa, sulla base del *budget* assegnatogli dal CdA 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, 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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

REGOLE DI FUNZIONAMENTO E CONVOCAZIONE

L'Organismo di Vigilanza riferisce al CdA e, una volta costituito, provvede a dotarsi di proprie regole di organizzazione e funzionamento che integrano il presente Modello.

L'Organismo si riunisce, su convocazione del suo Presidente con cadenza almeno semestrale; se necessario, può programmare verifiche più frequenti (cfr. par. 4.4 e 4.6). Le formalità di convocazione potranno essere espletate mediante l'invio di un *fax* o di un messaggio di posta elettronica.

La convocazione deve indicare l'ordine del giorno, ovvero i temi su cui l'OdV è chiamato a pronunciarsi nel corso della riunione.

L'Organismo potrà essere convocato in qualsiasi momento con congruo preavviso dal CdA e dal Collegio Sindacale per riferire in merito al funzionamento del Modello o a situazioni specifiche.

Per la validità delle sedute è richiesto l'intervento della maggioranza dei membri in carica, anche a mezzo di videoconferenza o di altri mezzi di comunicazione a distanza. In caso di assenza o impedimento, il Presidente è sostituito dal componente dell'Organismo più anziano di età. Le decisioni vengono assunte a maggioranza dei presenti; in caso di parità, prevale il voto del Presidente o del membro più anziano.

Le funzioni di segretario sono esercitate da uno dei membri interni all'OdV, salvo diversa disposizione. Il segretario redige il verbale di ciascuna seduta, che sottoscrive insieme al Presidente (anche in caso di riunione svolta per video conferenza o altri mezzi di comunicazione a distanza, in qual caso la firma sarà successiva).

Il segretario custodisce e aggiorna i libri e l'archivio dell'OdV. Salvo diversa disposizione risultante dal verbale, il Segretario 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 di informazioni, alle riunioni dell'Organismo, possono essere invitati il Responsabile del NIC; possono essere altresì invitati anche l'AD, il DS, i responsabili delle Unità Operative/Servizi ed almeno una volta l'anno deve essere invitato il Collegio Sindacale e il Responsabile della Sicurezza.

Annualmente, in concomitanza con l'approvazione del bilancio sociale, l'Organismo di Vigilanza redige una Relazione che consegna al CdA e al Collegio Sindacale e che deve:

- (i) riepilogare l'attività svolta nel corso dell'esercizio e le eventuali criticità emerse,
- (ii) render conto del *budget* di spesa (cfr. par. 4.2),
- (iii) evidenziare le modifiche non strutturali apportate al Modello nel corso dell'esercizio.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

FUNZIONI E POTERI

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

- α) sull'attività di diffusione del Modello all'interno della società e di informazione nei confronti dei soggetti esterni (fornitori, consulenti, collaboratori...).

In particolare, l'O.d.V. deve:

- a.1)** promuovere in sinergia con l'Istituto idonee iniziative per la diffusione, l'informazione e la comprensione del Modello;
- a.2)** predisporre la documentazione organizzativa interna necessaria al funzionamento del Modello stesso, contenente istruzioni, chiarimenti o aggiornamenti.

- β) sull'attività di formazione sui contenuti del Decreto e del Modello nei confronti di tutto il personale dipendente e medico a contratto libero professionale della società, così come meglio descritto nel successivo capitolo 6.

A tal fine, esso deve:

- b.1)** verificare, insieme al *management*, **(i)** i programmi di formazione per il personale dipendente e medico e **(ii)** il contenuto delle comunicazioni periodiche agli Organi Sociali, al personale dipendente e medico e ai collaboratori esterni, finalizzate a fornire agli stessi la necessaria sensibilizzazione e le conoscenze di base della normativa di cui al Decreto;
- b.2)** verificare la completa attuazione dei piani di formazione sul Decreto e sul Modello.

- γ) sull'osservanza e sul funzionamento delle prescrizioni del Modello da parte dei suoi destinatari (organi sociali, personale dipendente, medici, collaboratori e qualsiasi altro soggetto che possa agire in nome e per conto della società).

Più precisamente, esso deve:

- c.1)** 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;
- c.2)** disporre periodicamente verifiche su determinate operazioni, processi o atti specifici posti in essere nell'ambito delle aree di attività "sensibili";
- c.3)** 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 Organi Sociali e dai responsabili delle unità operative sugli aspetti dell'attività aziendale che possono esporre la società al rischio di commissione dei reati;

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- c.4)** 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;
- c.5)** attivare indagini interne, anche con l'eventuale collaborazione delle strutture aziendali, 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;
- c.6)** segnalare all'Amministratore Delegato l'eventuale violazione accertata affinché vengano applicate le sanzioni previste dallo specifico sistema disciplinare.

- d)** 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.

A tal fine, l'Organismo deve:

- d.1)** svolgere, in sinergia con l'Istituto, ricognizioni dell'attività aziendale ai fini di un aggiornamento periodico della mappatura delle attività "a rischio reato" e dei relativi processi sensibili;
- d.2)** 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 nella relazione annuale al CdA);
- d.3)** verificare periodicamente l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni/azioni correttive proposte;
- d.4)** collaborare con le altre unità organizzative interessate, proponendo agli organi competenti (CdA) eventuali correzioni e adeguamenti.

Resta fermo che:

- l'Organismo di Vigilanza deve proporre procedimenti sanzionatori ogniqualvolta si riscontrino casi di violazione del Modello, delle Procedure o del Codice Etico (cfr. cap. 5);
- nell'espletamento della propria attività, l'Organismo di Vigilanza può assumere informazioni da qualsiasi struttura e/o persona della società, accedere a tutti i documenti aziendali ed avvalersi della funzione di Controllo Interno per effettuare accertamenti e verifiche presso qualunque unità organizzativa. Accertamenti in tal senso possono essere disposti anche con la collaborazione del Collegio Sindacale.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

I FLUSSI INFORMATIVI E LE SEGNALAZIONI DA PARTE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA E RELAZIONI CON GLI ORGANI SOCIALI

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

- sull'attività svolta e sulla gestione finanziaria del budget assegnato (cfr. par. 4.2 e 4.3), motivando gli eventuali scostamenti;
- in merito alle eventuali variazioni "non sostanziali" apportate al Modello e alle procedure che formano parte integrante dello stesso con la proposta delle eventuali modifiche sostanziali da attuare, previa specifica approvazione del CdA (cfr. par. 4.3);
- sulle segnalazioni ricevute nel corso dell'esercizio, suddividendole per ciascuna attività a rischio ed indicando le strutture 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;
- sull'adozione di un Programma annuale delle Verifiche ai sensi del D. Lgs. 231/2001, anche in base al piano di spesa per l'esercizio successivo (cfr. par. 4.2).

Gli incontri con gli Organi Sociali cui l'OdV riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali deve essere custodita dall'OdV e dagli organismi di volta in volta coinvolti. Qualora l'OdV riferisca in un'occasione ove sia prevista la verbalizzazione nel libro dei verbali del Consiglio di Amministrazione, ovvero in quello del Collegio Sindacale, 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 Sociale di riferimento.

Il Collegio Sindacale, il Consiglio di Amministrazione, il Presidente del CdA e l'Amministratore Delegato 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.

I FLUSSI INFORMATIVI E LE SEGNALAZIONI NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo di Vigilanza ha il compito di monitorare, anche tramite le funzioni di controllo (NIC), 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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

In particolare:

- quanto agli obblighi di informativa relativi ad atti ufficiali, devono essere trasmesse al Controllo Interno e 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 operative nell'ambito della loro attività di controllo dai quali possano emergere notizie relative all'effettiva attuazione 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, sindaci, dipendenti, medici, 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 di indagine, anche per il tramite di NIC.

Le segnalazioni possono pervenire all'Organismo di Vigilanza sia in forma cartacea al seguente indirizzo "Organismo di Vigilanza degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi s.r.l. Casella Postale 52 via dei Mille n 7 Cap. 24036 Ponte san Pietro", sia in forma elettronica all'indirizzo di e-mail odv.job@grupposandonato.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 di indagini interne dovrà essere motivata, documentata e conservata gli atti dell'Organismo stesso (cfr. par. 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 società o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede; il venir meno a tale obbligo rappresenta una grave violazione del Modello.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

REGISTRO DELLE ATTIVITÀ - LIBRO DELLE RIUNIONI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA - RACCOLTA E CONSERVAZIONE DELLE INFORMAZIONI

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

- attività di formazione intraprese dalla società e relativi risultati, suddivisi per categoria e livello gerarchico;
- attività di verifica 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 strutture 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* previsto nel presente Modello (e nei suoi eventuali successivi aggiornamenti) deve essere custodito per un periodo di 10 anni, se nel caso anche in formato elettronico, nell'apposito *data base* (informatico e/o 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 al libro verbali delle adunanze ai membri del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio Sindacale.

5. IL SISTEMA DISCIPLINARE

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 stesso⁵.

L'applicazione del sistema disciplinare, al quale verrà data ampia diffusione mediante pubblicazione sulla rete *intranet* aziendale (ove disponibile) e comunque affisso sulle bacheche aziendali, presuppone la violazione del Modello e prescinde dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'Autorità Giudiziaria.

⁵ 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 della società.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

L'Istituto deve procedere ad 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 o colpa;
- 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 paragrafi verranno applicate, a seconda della gravità, nei confronti del personale dell'Istituto che abbia posto in essere illeciti disciplinari derivanti da:

- mancato rispetto delle disposizioni previste dal Modello, dalle Procedure o dal Codice Etico;
- mancata diffusione ai dipendenti delle Procedure interne;
- mancato rispetto delle norme previste nell'ambito della normativa sulla Sicurezza sul Lavoro;
- mancata ed ingiustificata partecipazione agli incontri di formazione organizzati dalla società sul funzionamento del Modello e, in generale, sul Decreto Legislativo 231/01;
- mancato rispetto delle modalità di documentazione, di conservazione e controllo degli atti previsti dalle Procedure;
- 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 dalle Procedure ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

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 **(a)** inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro, **(b)** illecito disciplinare, nonché **(c)** fatto pregiudizievole al riconoscimento di eventuali *bonus* e/o incentivi e saranno regolate come di seguito specificato.

MISURE NEI CONFRONTI DEGLI AMMINISTRATORI E DEI SINDACI

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o relative Procedure Operative da parte degli Amministratori o dei Sindaci della Società, l'Organismo di Vigilanza informerà il Consiglio d'Amministrazione e il Collegio Sindacale, i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative e provvedimenti, anche ai sensi della vigente normativa societaria.

In caso di gravi violazioni da parte di un amministratore, non giustificate e/o non ratificate, ove possibile, dal Consiglio di Amministrazione, il fatto potrà considerarsi giusta causa per la revoca dello stesso.

Se del caso, la Società agirà per il risarcimento del danno.

In caso di inerzia degli Organi competenti, sarà compito dell'Organismo di Vigilanza richiedere l'intervento dell'assemblea dei soci.

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, del Modello e/o relative Procedure, da parte dei membri dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione, su segnalazione dell'Organismo stesso e sentito il Collegio Sindacale, provvederà a rimuovere i membri coinvolti dal loro incarico e a sostituirli in tempi brevi.

MISURE NEI CONFRONTI DEI LAVORATORI SUBORDINATI

Con riguardo ai Dipendenti non dirigenti occorre rispettare i limiti connessi al potere sanzionatorio imposti dall'articolo 7 della legge n. 300/1970 (c.d. "Statuto dei lavoratori") e dai CCNL, 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'Istituto 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, del Codice Etico e delle Procedure Operative, ad opera di Dipendenti non dirigenti della Società, costituiscono quindi inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro e illecito disciplinare.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

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 non dirigente, 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.

A) Richiamo verbale

- Lieve inosservanza delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale, delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- 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 ha "**lieve inosservanza**" nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo o colpa grave e non abbiano generato rischi di sanzioni o danni per la Società.

B) Richiamo scritto

- Inosservanza colposa delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- 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.
- Mancato adempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.
- 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 Società.

C) Multa

- 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 presupposto.

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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

D) Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni

- Inosservanza ripetuta o grave delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure previste dal Modello.
- 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.
- Ripetuto inadempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.

E) Sospensione dal servizio con mantenimento del trattamento economico per lavoratori sottoposti a procedimento penale ex D. Lgs. 231/2001

Nei confronti di lavoratori sottoposti ad indagini preliminari ovvero sottoposti ad azione penale per un Reato, la Società 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 dalla Società 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.

F) Licenziamento per giusta causa (ex art. 2119 cod.civ.)

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 nocumento morale o materiale alla Società 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:

- 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.
- 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 Società a pene pecuniarie e/o interdittive per aver compiuto i reati previsti dal D. Lgs. 231/2001.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

- 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.

MISURE NEI CONFRONTI DEI MEDICI

Particolare rilievo assume, all'interno delle strutture organizzative di ospedalità privata, 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'istituto di cura, in ragione di un contratto di incarico libero professionale.

I contratti di incarico libero professionale attualmente sottoscritti tra l'Istituto 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'Istituto, 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 componente fissa e/o variabile della remunerazione stabilita per lo stesso, come previsto dall'art. 7 del contratto.

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 .c.c., come previsto all'art. 9 dello stesso, fatta salva, in ogni caso, la facoltà di richiesta di risarcimento da parte degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi qualora le suddette violazioni possano arrecare ad esso danni.

MISURE NEI CONFRONTI DEI COLLABORATORI ESTERNI

La violazione del Modello da parte di collaboratori esterni della società 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 c.c., fatta salva la facoltà di richiesta del risarcimento qualora le suddette violazioni possano arrecare danni alla società.

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 consegnati a tutti i collaboratori esterni della società, con apposita accompagnatoria firmata per ricevuta e presa d'atto.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

MISURE NEI CONFRONTI DEI FORNITORI

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

6. REGOLE DI COMPORTAMENTO E CODICE ETICO

La società provvede a predisporre apposite regole di condotta e un Codice Etico che costituiscono parte integrante del presente Modello e della normativa aziendale.

Le regole di condotta devono ritenersi vincolanti per i comportamenti posti in essere da tutti i destinatari del Modello e sono suscettibili di modifiche e/o integrazioni in ragione dell'evoluzione delle norme di legge e delle mutate esigenze aziendali.

7. DIFFUSIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO

Ai fini dell'efficacia del presente Modello deve essere svolta un'adeguata attività di diffusione, informazione e formazione nei confronti di tutto il personale della società, per favorire la conoscenza di quanto previsto dal Decreto 231/2001 e dal Modello adottato nelle sue diverse componenti (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, Codice Etico, ecc.).

DIFFUSIONE E INFORMAZIONE SUL MODELLO

Al Modello sarà garantita la massima diffusione e pubblicità mediante la pubblicazione della Parte Generale dello stesso e del Codice Etico sul sito *Internet* degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi (Policlinico San Marco e Policlinico San Pietro).

Tutto il personale deve essere informato sul contenuto del Decreto 231/2001 e del Modello sia mediante sua consegna a ciascun interessato sia tramite Circolari interne, pubblicate nella rete *Intranet* Aziendale (ove disponibile), con area specificamente dedicata al D. Lgs. 231/2001, dove dovrà essere di immediata consultazione anche il presente Modello.

I documenti presenti in tale spazio devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni delle normative esterne e del Modello stesso.

La componente del Modello relativa al Sistema Disciplinare e Sanzionatorio dovrà inoltre essere esposta nelle bacheche aziendali, così come previsto dall'art 7 dello Statuto dei Lavoratori, Legge 20 Maggio 1970, n. 300.

Alle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL verrà inviata copia del Modello tramite raccomandata A.R.

Ai nuovi assunti deve essere consegnato un *set* informativo, con il quale assicurare loro le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tale *set* informativo deve contenere, oltre ai documenti di norma consegnati al neo-assunto, il Codice Etico, il Modello e il D. Lgs.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

231/2001. I dipendenti sono tenuti a rilasciare all'Istituto una dichiarazione sottoscritta, ove si attesti la ricezione del set informativo nonché l'impegno ad osservarne le prescrizioni.

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

E', inoltre, necessario prevedere analoga informativa e pubblicità del Modello per i collaboratori esterni (agenti e consulenti), nonché per i collaboratori a contratto, cosiddetti parasubordinati, e *outsourcer*, secondo modalità differenziate, in relazione alla possibilità di accesso alla normativa aziendale, piuttosto che attraverso consegna cartacea del Modello e del Codice Etico (con ricevuta di presa visione) 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.

FORMAZIONE SUL MODELLO

Al fine di garantire l'effettiva conoscenza del Modello, una volta che è stato diffuso e consegnato, e la sensibilizzare 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. Tale Piano dovrà essere articolato attraverso specifiche attività (ad esempio, corsi, seminari, ecc...) a cui è posto l'obbligo di partecipazione. Tali iniziative dovranno essere differenziate, in relazione ai contenuti e alle modalità di diffusione, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dell'avere o meno funzioni di rappresentanza della società. 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 5 del presente Modello). Per quanto riguarda il personale medico a contratto libero professionale, essa costituisce inoltre uno dei parametri qualitativi per l'erogazione della retribuzione. La formazione è obbligatoria per tutti i livelli aziendali. Deve essere rilevata attestazione di frequenza dei corsi.

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.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

La formazione ed i relativi contenuti devono essere articolati secondo moduli distinti per **destinatari** in relazione al livello e ruolo organizzativo:

- per **responsabilità** (medici, responsabili di struttura organizzativa, risorse con deleghe specifiche, altri dipendenti), anche da erogare secondo una logica *top-down* al fine di garantire adeguato e pervasivo processo di trasmissione della conoscenza;
- per **ruolo professionale** in relazione alle attività svolte, con particolare riguardo ai ruoli che svolgono attività specifiche o “sensibili” ai sensi del D. Lgs. 231/2001 (componenti dell’Organismo di Vigilanza e collaboratori, ruoli di controllo interno, controllo dei rischi operativi, ecc.);
- **neoassunti e nuovi incarichi**: particolare attenzione deve essere dedicata sia ai nuovi assunti (deve essere previsto modulo formativo in materia da includere nel set formativo iniziale obbligatorio), sia al personale destinato a ricoprire nuovi incarichi/ruoli, in particolare se relativi a ruoli/attività specifiche o “sensibili”.

La formazione deve prevedere i seguenti contenuti:

- 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.

FORNITORI

L’ODV vigila sulla diffusione del presente Modello Organizzativo e Codice Etico ai principali fornitori dell’Istituto e verifica l’applicazione degli stessi con gli organismi di controllo interno a disposizione.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

SECONDA PARTE

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
PARTE SPECIALE
8. LE FATTISPECIE DI REATO, POSSIBILI FONTI DI RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA

Considerata la realtà aziendale degli IOB e la mappatura delle aree di rischio, alle quali si rimanda, le fattispecie di reato ipotizzabili possono essere principalmente ricondotte a:

- reati contro la P.A. (corruzione, concussione, malversazione ai danni dello Stato o di altro Ente Pubblico, indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente Pubblico);
- reati societari (false comunicazioni sociali, impedito controllo, operazioni in pregiudizio dei creditori, indebita restituzione dei conferimenti, illegale ripartizione degli utili e delle riserve, illecite operazioni sulle azioni o quote sociali, formazione fittizia del capitale e illecita influenza sull'assemblea);
- 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.

Come anticipato nella parte generale (cfr. par. 2.1), la normativa di riferimento disciplina anche altre fattispecie di reato (ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, abuso di informazioni privilegiate, associazione per delinquere, criminalità transnazionale, sfruttamento della prostituzione, tratta di persone, detenzione di materiale pornografico, beni o utilità di provenienza illecita, criminalità informatica, delitti di criminalità organizzata, delitti contro l'industria e il commercio, delitti in materia di diritti d'autore, ecc).

Dall'analisi svolta ai fini dell'individuazione delle aree sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/01 dell'Istituto non si è avuta evidenza circa la ragionevole possibilità di commissione dei suddetti reati nello svolgimento dell'attuale attività aziendale.

Nella stesura del Modello, pertanto, non si è provveduto alla specifica trattazione degli stessi, considerandoli atipici rispetto all'attività dell'Istituto.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
9. I REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
PRINCIPI DI COMPORTAMENTO

Disposizioni Generali

Gli organi sociali, i medici, il personale e i professionisti esterni che operano in nome e/o per conto dell'Istituto sono tenuti ad un comportamento improntato alla massima correttezza, trasparenza ed integrità in tutti i rapporti con la P.A.

Non sono ammesse forme di regalo finalizzate a far ottenere alla società o ad ottenere dalla stessa trattamenti di favore.

Sono ammesse unicamente forme di regalo e di omaggio di modico e comunque di congruo valore, nei casi d'uso e nelle ricorrenze tradizionali, purché anch'esse non finalizzate all'ottenimento, anche in via indiretta, dei trattamenti di cui sopra.

Anche le liberalità e le altre forme di cessioni gratuite dei beni oggetto dell'attività della società, disciplinate dalle apposite procedure, non possono essere finalizzate ad ottenere trattamenti di favore.

E' fatto divieto ai medici, dipendenti e/o consulenti della società chiedere o accettare, al di là delle previsioni contrattuali anche per il tramite di un terzo, denaro, e parimenti, utilità quale corrispettivo per prestazioni svolte o da svolgersi

Non dovranno essere intraprese, direttamente o indirettamente, le seguenti azioni:

- erogare prestazioni non necessarie, fatturare prestazioni non effettivamente erogate o duplicare la fatturazione di una medesima prestazione, fatturare utilizzando un codice DRG che preveda il riconoscimento di un rimborso superiore a quello effettivamente spettante a fronte delle prestazioni erogate dall'Istituto, non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto o in parte inesistenti o non rimborsabili;
- esaminare o proporre opportunità di impiego e/o commerciali che possano illecitamente arrecare un vantaggio personale ai dipendenti della P.A., ai loro familiari e ai loro diretti superiori;
- offrire omaggi, in qualsiasi forma, a meno che non siano di modico e comunque di congruo valore, nei casi d'uso e nelle ricorrenze tradizionali. In ogni caso, questo tipo di spese dovrà essere autorizzato secondo quanto previsto nelle specifiche procedure e adeguatamente documentato;
- ricevere illecitamente denaro, doni o qualsiasi altra utilità da chi voglia ottenere un trattamento favorevole da parte dell'Istituto o da chiunque produca, venda o promuova qualunque presidio sanitario prescrivibile ai pazienti dell'Istituto;
- sollecitare o ottenere informazioni riservate che possano compromettere l'integrità o la reputazione dell'Istituto, dei suoi pazienti e fornitori.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

Nel caso in cui la società sia sottoposta a verifiche e accertamenti da parte dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL e/o a verifica fiscale, accertamenti o indagini da parte della Guardia di Finanza, i rapporti con Rappresentanti della P.A. preposti ai controlli dovranno essere tenuti esclusivamente dall'AD, dal DS che dovrà essere presente, quantomeno, all'inizio delle operazioni di verifica e, in ogni caso, alla chiusura delle stesse.

Per tutta la durata della verifica, l'AD, il DS dovrà delegare uno o più dipendenti della struttura o un rappresentante della Struttura di Controllo, affinché questi assistano i Rappresentanti della P.A. in via continuativa e riferiscano periodicamente all'AD, al DS o al Sovrintendente Sanitario sullo svolgimento delle operazioni.

✧ Trasparenza, completezza e tracciabilità informativa - archiviazione dei documenti

Ogni atto attinente alla gestione amministrativa o sanitaria deve essere redatto in modo accurato e secondo la normativa vigente.

Ogni documento, rappresentativo di un fatto accaduto o di un'autonoma valutazione effettuata, ovvero ogni parte di esso suscettibile di autonoma valutazione, dovrà essere sottoscritto da chi lo ha formato, che ne sarà pertanto responsabile.

La società assicura piena integrità, trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, rendicontazioni, prospetti ed avvisi diretti alla P.A.

Le operazioni poste in essere dagli IOB, che presuppongono rapporti con la P.A., devono essere documentate in modo organico; per esse, la società deve garantire la verifica, in ogni momento, del processo di decisione, di autorizzazione e di svolgimento.

In particolare, per ciò che concerne il processo di rendicontazione delle attività eseguite dall'Istituto per conto del SSR, volto a ottenere il rimborso da parte di quest'ultimo, la società dovrà garantire la verifica, in ogni momento, del processo di compilazione, controllo ed eventuale correzione delle cartelle cliniche e delle codifiche da esse derivanti.

Pertanto tutti i documenti relativi ai rapporti con la P.A., compresi quelli di supporto ai processi di decisione, autorizzazione e svolgimento dell'attività devono essere conservati in modo ordinato in archivi, anche elettronici, facilmente consultabili dalle persone autorizzate, in caso di controlli o di richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria.

I suddetti archivi devono essere conservati per almeno dieci anni o diverso periodo di prescrizione.

In caso di controlli e/o ispezioni, gli Amministratori, i dipendenti, i collaboratori, fornitori e consulenti della società sono tenuti a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate, in modo tale che gli Enti destinatari siano in grado di assumere decisioni autonome e consapevoli.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

✧ Ricerca di personale

La selezione di nuovi medici, collaboratori o dipendenti deve avvenire esclusivamente sulla base delle competenze possedute, in relazione alle mansioni da ricoprire; essa non deve mai concretizzare uno "scambio di favore" con soggetti legati anche indirettamente alla P.A.

✧ Professionisti

L'attribuzione di mandati a terzi professionisti da parte dell'Istituto nei rapporti con la P.A. dovrà avvenire in base ad accordi scritti, con espressa indicazione dell'oggetto dell'incarico assegnato e del relativo corrispettivo (o delle modalità di determinazione dello stesso), unitamente a formale atto di delega.

All'atto di conferimento dell'incarico, il professionista si impegna, attraverso apposita clausola risolutiva contrattuale, a:

- uniformarsi a tutti i principi del Modello (cfr. par. 7.1) al fine di assicurare, a tutela della posizione e dell'immagine della società, condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività aziendali;
- astenersi dal compiere attività che possano concretizzare le ipotesi di reato previste dal D. Lgs. 231/2001 o che comunque si pongano in contrasto con il suddetto Decreto.

✧ Gestione delle "Casse contanti"

L'utilizzo delle risorse finanziarie "per contanti" deve essere ridotta al minimo della fisiologia operativa; non devono rimanere sospesi di cassa, ed ogni giustificativo di spesa deve essere verificato, unitamente all'esistenza e alla correttezza delle "firme di autorizzazione".

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
AREE SENSIBILI

Dalla mappatura effettuata è emerso che le attività di seguito indicate risultano le più sensibili rispetto ai rischi di reato verso la Pubblica Amministrazione previsti dal D. Lgs. 231/01:

1. Gestione delle attività di stipula o negoziazione o di rinnovo dei contratti o convenzioni con la Pubblica Amministrazione (Regione, ASL, ecc.).
2. Produzione di documentazione (cartelle cliniche, SDO e DRG) per l'ottenimento dei rimborsi a fronte delle prestazioni erogate dall'Istituto per conto dell'SSN.
3. Gestione dell'informazione al paziente sulla diagnosi e sui protocolli clinici di cura proposti; raccolta del cosiddetto "*Consenso Informato alle cure*".
4. Gestione delle ispezioni svolte da parte di Enti/Funzionari della Pubblica Amministrazione presso l'Istituto (Nuclei Operativi di Controllo, funzionari della ASL e della Regione) e delle contestazioni rilevate da questi ultimi.
5. Gestione delle verifiche ispettive da parte di altri enti della Pubblica Amministrazione (Guardia di Finanza, INPS, ARPA, Ispettorato del Lavoro, Vigili del Fuoco).
6. Individuazione e gestione dei finanziamenti pubblici (ad esempio, finanziamenti concessi dal Ministero della Salute o dalla Comunità Europea) per i progetti di studio e di ricerca corrente e finalizzata.
7. Partecipazione a bandi di gara pubblici per l'assegnazione di finanziamenti alla ricerca.
8. Gestione della fiscalità e del contenzioso con l'Amministrazione Finanziaria, anche mediante professionisti esterni.
9. Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione finalizzati al conseguimento di autorizzazioni, concessioni o licenze (ad esempio, presentazione di pratiche edilizie, anche mediante un professionista esterno).
10. Amministrazione del personale (ad esempio, selezione, assunzione, formazione, valutazione e incentivazione), gestione dei relativi rapporti e delle ispezioni con la P.A. (INAIL, INPS, Ispettorato del Lavoro, Ufficio Provinciale del Lavoro, Comune, Provincia).
11. Gestione delle liste d'attesa.
12. Gestione delle sponsorizzazioni, degli omaggi e delle regalie.
13. Acquisto di beni e servizi.
14. Gestione delle risorse finanziarie (incassi, pagamenti, versamenti, prelievi con riferimento alla gestione della cassa e dei conti correnti dell'Istituto).
15. Conferimento e gestione delle consulenze (es. amministrative, fiscali, legali, studi di architettura, ecc.).

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
PROCEDURE PER IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE E SPECIFICHE DI PREVENZIONE

Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento aziendale e delle aree sensibili in relazione ai reati contro la P.A., come sopra indicate, che sono già state approntate nella loro versione definitiva. Tali procedure saranno consegnate a tutti i centri di responsabilità, consultabili presso l'Ufficio Qualità e/o sulla rete *Intranet* aziendale.

10. I REATI SOCIETARI
PRINCIPI DI COMPORTAMENTO

✧ Tracciabilità e trasparenza contabile

La possibilità di individuare comportamenti sensibili ai sensi dell'art. 25 *ter* del D. Lgs. 231/2001 si fonda sulla trasparenza contabile.

Per trasparenza contabile deve intendersi l'accuratezza e la completezza dell'informazione di base per le relative registrazioni contabili.

Ciascun dipendente, collaboratore, fornitore di servizi e consulente è tenuto ad operare affinché la gestione dell'Istituto sia rappresentata correttamente e tempestivamente nella contabilità della società.

L'organizzazione della funzione contabile deve, infatti, assumere come primario obiettivo la generazione di dati e informazioni idonei a rappresentare in maniera accurata gli accadimenti gestionali della società e ad individuare tempestivamente possibili errori.

Per ogni operazione deve essere conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto, così da consentire:

- l'agevole registrazione contabile;
 - la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi;
 - l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità.
- ✧ Rapporti con i soggetti preposti ai controlli

I rapporti con le diverse Autorità di Controllo, quali, a mero titolo esemplificativo, NOC, Autorità Giudiziaria, Guardia di Finanza, devono essere improntati alla massima trasparenza, chiarezza e coerenza, evitando comportamenti dai quali possano dedursi tentativi di influenzare impropriamente e/o indebitamente l'attività e le opinioni.

✧ Comunicazioni esterne relativamente all'area di rischio "reati societari"

I medici, i collaboratori ed il personale dipendente dell'Istituto non devono rilasciare a qualsiasi titolo dichiarazioni, formali o informali, verso l'ambiente esterno, senza preventiva autorizzazione dell'AD o del DS.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

✧ Divieti ulteriori

Le informazioni acquisite nello svolgimento delle attività assegnate debbono rimanere **(i)** strettamente riservate, **(ii)** opportunamente protette e **(iii)** non possono essere utilizzate, comunicate o divulgate, sia all'interno, che all'esterno dell'Istituto, se non nel rispetto della normativa vigente e delle procedure aziendali.

Tutte le operazioni e transazioni devono essere ispirate alla massima correttezza dal punto di vista della gestione, alla completezza e trasparenza delle informazioni, alla legittimità sotto l'aspetto formale e sostanziale e alla chiarezza e verità nei riscontri contabili, secondo le norme vigenti e le procedure aziendali e devono essere assoggettate a verifica.

✧ Conflitti di interesse e rapporti con i soci

Tutte le situazioni di conflitto di interesse devono essere chiaramente individuate e ove possibile prevenute.

L'A.D., il medico, il dipendente e il collaboratore devono dare notizia alla funzione di Controllo Interno e all'OdV di ogni interesse in conflitto, anche potenziale, che, per conto proprio o di terzo, hanno in una determinata operazione della società, precisandone la natura e la portata.

In caso di accertamento di tale situazione, l'A.D., il medico, il dipendente e il collaboratore devono astenersi dall'assumere decisioni relative a tali situazioni.

Al fine di valutare la fattibilità di operazioni in potenziale conflitto di interesse con il socio o le altre società del Gruppo, l'A.D. della struttura, per le operazioni di entità significativa, avranno cura di richiedere a professionisti indipendenti la verifica della congruità dei valori di tali operazioni e della loro fattibilità, così come meglio precisato nelle procedure aziendali esistenti.

✧ Archiviazione documenti

I registri contabili obbligatori, i documenti contabili e quanto altro relativo all'area Amministrazione e Controllo idoneo a dimostrare i processi di registrazione e contabilizzazione degli accadimenti aziendali, devono essere conservati (in proprio o presso terzi) in archivi, anche elettronici, accessibili facilmente, al solo personale incaricato, per almeno dieci anni o diverso periodo di prescrizione.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

AREE SENSIBILI

Dalla mappatura effettuata è emerso che le seguenti attività risultano quelle più sensibili rispetto ai reati societari previsti dal D.Lgs. 231/01:

1. Attività di rilevazione, registrazione e rappresentazione dell'attività di impresa nelle scritture contabili, nelle relazioni, nei bilanci e in altri documenti di impresa (redazione del bilancio d'esercizio e del *budget*).
2. Valutazioni di poste di bilancio (es. crediti, debiti, fondi rischi, ecc.).
3. Gestione del piano dei conti e attività di rilevazione, registrazione e rappresentazione dell'attività di impresa nelle scritture contabili, nelle relazioni, nei bilanci e in altri documenti d'impresa.
4. Gestione dell'informazione e della documentazione d'impresa (es. custodia scritture contabili, giustificativi, documentazione di supporto, relazioni periodiche, ecc.).
5. Rapporti con i soci, con i revisori, con il Collegio Sindacale, con i distributori e/o gli agenti.
6. Gestione delle operazioni straordinarie (es. fusioni, acquisizioni, riduzione capitale sociale, distribuzioni di utili e/o riserve).
7. Acquisto beni e servizi.
8. Gestione delle risorse finanziarie (incassi, pagamenti, versamenti, prelievi con riferimento alla gestione della cassa e dei conti correnti dell'Istituto).
9. Conferimento e gestione delle consulenze (es., amministrative, fiscali, legali, studi di architettura, ecc.).

PROCEDURE PER IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE E SPECIFICHE DI PREVENZIONE

Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento aziendale e delle aree sensibili in relazione ai reati societari, come sopra indicate, che sono già state approntate nella loro versione definitiva. Tali procedure saranno consegnate a tutti i centri di responsabilità, consultabili presso l'Ufficio Qualità e/o sulla rete *Intranet* aziendale.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

11. I REATI 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

PRINCIPI GENERALI

L'art. 9 della Legge n. 123/2007 ha introdotto nel D. Lgs. n. 231/2001 l'art. 25-septies, estendendo la responsabilità amministrativa delle società ai reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro. Tale circostanza impone un coordinamento con l'art. 5 del decreto, che definisce il criterio oggettivo di imputazione della responsabilità dell'ente, subordinandola all'esistenza di un interesse o vantaggio per l'ente stesso.

Il D. Lgs. n.° 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i., in attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro stabilisce, all'art. 30 comma 5, che i Modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente allo standard OHSAS 18001 si presumono idonei ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa di cui al D. Lgs. 231/2001.

Inoltre, il medesimo disposto stabilisce che i Modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle Linee guida UNI-INAIL si presumono idonei ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa di cui al D. Lgs 231/2001.

Con riferimento ai profili di rilevanza *ex lege* n. 123/2007, il Modello Organizzativo, per essere efficacemente attuato, dovrà utilmente essere integrato con il "sistema" degli adempimenti aziendali che scaturiscono dagli obblighi di prevenzione e protezione imposti dall'ordinamento legislativo e con le procedure interne predisposte sulla base delle esigenze di gestione della sicurezza sul lavoro.

L'Istituto si impegna ad adottare ogni regola di perizia, prudenza e diligenza volta a garantire il rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza dei propri medici, collaboratori e dipendenti sul posto di lavoro e il corretto mantenimento e l'adeguatezza alle normative degli impianti utilizzati nello svolgimento delle attività.

E' interesse dell'Istituto imporre a tutto il personale dipendente e ad esso assimilato e ai collaboratori qualsivoglia titolo il rispetto delle norme esistenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ed il rispetto delle relative regole interne adottate dall'Istituto.

L'Istituto si impegna a rendere edotto il personale medico e gli altri collaboratori liberi professionisti sui rischi generali e specifici presenti nell'Istituto ed al rispetto dell'art. 21 del D. Lgs n.° 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i..

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO

AREE SENSIBILI

L'Istituto ha varato il "Sistema Prevenzione" identificando per ogni reparto i responsabili ed i preposti e definendo in modo chiaro le responsabilità e il ruolo di ogni addetto dell'ISTITUTO.

La politica generale di prevenzione dell'Istituto trae origine dall'applicazione, dapprima, del D. Lgs. 626/94 e, successivamente, del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, al fine di impostare un Sistema di Prevenzione che non esaurisca il proprio scopo nell'ottemperanza agli obblighi di legge.

L'Istituto programma, con cadenza annuale, nel Documento di Valutazione dei Rischi, gli interventi strutturali, organizzativi e gli acquisti necessari a migliorare la sicurezza dei lavoratori.

La valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori è basata su:

- l'identificazione e l'analisi delle fonti potenziali di pericolo presenti in tutte le fasi lavorative;
- l'individuazione dei soggetti esposti, direttamente o indirettamente, anche a pericoli particolari;
- l'analisi e la valutazione dei rischi, al fine di ridurli e programmare le necessarie azioni di prevenzione e protezione;
- la definizione di un programma di interventi;
- il controllo del programma valutandone l'efficacia ed aggiornandolo annualmente e/o in caso di modifiche delle attività lavorative.

PROCEDURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE

Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento aziendale e delle aree sensibili in relazione ai reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi in violazione delle norme anti infortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, come sopra indicate, che sono già state approntate nella loro versione definitiva. Tali procedure saranno consegnate a tutti i centri di responsabilità, consultabili presso l'Ufficio Qualità e/o sulla rete *Intranet* aziendale.

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
APPENDICE
Controllo Compilazione Schede di Dimissione Ospedaliera e appropriatezza cartella clinica.
Sistema di autocontrollo delle codifiche e della modalità di compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Il decreto legislativo n.229 del 19 giugno 1999 ha stabilito l'attivazione di un sistema di monitoraggio e di controllo sulla qualità dell'assistenza e l'appropriatezza dei ricoveri da parte di regioni ed asl.

La Legge Finanziaria 2006 (L. n.266 del 23 dicembre 2005) prevede l'Istituzione di un Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS) per le prestazioni previste dal LEA ed un nuovo impulso alla appropriatezza delle prestazioni.

E' diventato pertanto indispensabile attivare un sistema di controllo interno di qualità ed appropriatezza delle prestazioni basato sulla verifica sistematica della completa ed accurata compilazione delle SDO, della esatta caratterizzazione della tipologia del ricovero, della congruenza dei dati trasmessi con le direttive contenute nelle linee guida regionali per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e per la codifica delle variabili cliniche in essa presenti.

Questo sistema di controllo interno rappresenta pertanto uno strumento necessario per il conseguimento di obiettivi di efficacia ed efficienza dell'assistenza fornita dall'Istituto.

Organizzazione

L'esecuzione dei controlli è affidata al Nucleo di Controllo Cartelle Cliniche (NCCC) a suo tempo Ufficio DRG e Appropriatezza Cartella Clinica, nominato congiuntamente dall'A.D. e dal D.S. composto da un Responsabile di Direzione, un addetto amministrativo e da un infermiere professionale dedicato ed opportunamente formato.

I componenti del NCCC si riuniscono periodicamente per discutere delle problematiche emerse nel periodo precedente, mentre eventuali indicazioni e/o disposizioni della Regione o dell'ASL in materia di codifiche o controlli esterni, vengono discusse nel più breve tempo possibile

Il controllo interno è orientato a:

- Valutare l'appropriatezza del setting assistenziale
- Verificare la compilazione della SDO per quel che concerne le codifiche delle variabili sanitarie
- ed amministrative
- Valutare la completezza e l'appropriatezza delle cartelle alla luce del Manuale della Cartella Clinica II ed, e della Dgr 9014 del 29/02/2009
- Valutare l'utilizzo delle risorse impegnate nel trattamento del paziente

MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE E DI CONTROLLO
Valutazione del setting e del timing dei ricoveri

la corretta attribuzione dei pazienti al regime di ricovero (ordinario vs dh; dh vs trattamento ambulatoriale) sarà compito dell'infermiere dedicato, mentre il controllo della corretta assegnazione della cartella al rimborso da parte del sssr, sarà effettuato mensilmente dal personale amministrativo che incrocerà i dati con quelli dei pazienti privati

I controlli delle schede di dimissione ospedaliera consistono nel:

- Controllo della correttezza della codifica rispetto alle linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche
- Verifica della corretta adesione ai dettami dell'"interpello regionale"
- Verifica della conformità di quanto riportato nella sdo rispetto alla cartella clinica
- Controlli volti a verificare il corretto utilizzo di codici di diagnosi (codiagnosi e/o copatologie) complicanti il ricovero e comportanti l'attribuzione del ricovero ad un DRG più remunerativo.
- Codifiche di codiagnosi e/o copatologie devono essere valutate in rapporto alla loro reale significatività (assorbimento di risorse).
- Sono eseguiti dall'Infermiere dedicato sulle cartelle compilate dai referenti SDO delle U.O. che codificano diagnosi e procedure; nel caso di diagnosi o procedure la cui correttezza è dubbia il personale del NCCC è tenuto a segnalare le cartelle all'addetto amministrativo che le evaderà solo dopo il benestare del Responsabile della Direzione (verifica di congruità del contenuto della Cartella Clinica).