

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

ORIGINALE



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
VITERBO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F. N° : 416 DEL : 8 MAG. 2013

STRUTTURA PROPONENTE : DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Approvazione Modello Organizzativo ex D. lgs. 231/2001 - Approvazione Codice Etico Comportamentale - Istituzione Organismo di Vigilanza.

~~ABBONDIO~~ TELERA ROSANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo :

Dr. Giovanbattista Grassi

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data 8 MAG. 2013

Parere del Direttore Sanitario :

Drssa Marina Cerimele

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data 8 MAG. 2013

Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa : _____

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma _____

Data _____

Il Dirigente e il Responsabile del procedimento attestano a seguito dell'istruttoria effettuata che il presente atto è pienamente conforme sia nella forma che nella sostanza a tutte le leggi e norme di ogni ordine e grado vigenti in materia per cui se ne attesta la legittimità assumendone di conseguenza - ex art 4 c. 2 L 165/01 - la relativa responsabilità.

Responsabile del procedimento :

Data _____

Firma _____

Il Dirigente :

Data _____

Firma _____

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []

OGGETTO: Approvazione Modello Organizzativo ex D.lgs 231/2001 – Approvazione Codice Etico Comportamentale – Istituzione Organismo di Vigilanza

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Premesso che il D.Lgs 231/2001 intervenendo in tema di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della L. 300/2000, disciplina in particolare la responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato introducendo la responsabilità in sede penale degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi, 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 e, infine, da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati; tale responsabilità si aggiunge peraltro a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto;

Visto quanto previsto al riguardo dall'art. 5, comma 1 del D.Lgs. 231/2001 nel caso in cui la commissione del reato sia derivata dall'inosservanza di obblighi di direzione e di vigilanza espressamente previsti a carico dell'ente;

Rilevato che l'art. 7 del D.Lgs. 231/2001 esclude la responsabilità dell'ente per inosservanza degli obblighi di direzione e di vigilanza nel caso in cui, prima della commissione del reato, abbia adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;

Preso atto che, superata una prima fase di incertezza, anche gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sono inclusi fra quelli destinatari del Decreto in parola in quanto, come rilevato dalla giurisprudenza (C. di Cassazione n. 28699 del 21/7/2010) sono considerati come Enti Pubblici Economici e quindi come tali soggetti alla normativa in parola per cui questa Azienda deve procedere, nel proprio ambito, all'applicazione delle disposizioni di cui alla normativa in questione;

Vista la deliberazione di pari data con la quale è stato conferito al Dott. Alberto Proia la realizzazione di un progetto per la predisposizione di un piano di studi ed analisi degli strumenti per l'attivazione della Funzione Auditing; funzione rilevante che si riflette anche, quale conoscenza essenziali, sugli interventi di cui al presente provvedimento;

Considerato, quindi, necessario provvedere all'adozione di idonei strumenti per consentire una corretta applicazione del D.Lgvo. 231/00 e quindi:

- Predisporre il Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/2001, così come allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante e sostanziale;
- Predisporre il Codice Etico Comportamentale che regola il complesso di doveri, diritti e responsabilità che l'Azienda assumerà espressamente nei confronti dei portatori di interesse (stakeholders) con i quali si troverà ad interagire nell'ambito dello svolgimento della propria attività istituzionale, allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante e sostanziale;
- Istituire un Organo con funzioni di vigilanza e controllo – Organismo di Vigilanza – in ordine al funzionamento, all'efficacia, all'adeguatezza e all'osservanza del Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dall'Azienda allo scopo di prevenire i reati indicati nelle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., composto a titolo gratuito dai sotto indicati componenti i cui rispettivi curricula sono allegati alla presente deliberazione di cui formano parte integrante e sostanziale:
 - o Dott. Vito Carella – Presidente –
 - o Dott. Ernesto Petti – Componente –
 - o Dott. Roberto Malucelli – Componente –
 - o Dott. Alberto Proia – Segretario –

Dato atto che le funzioni, la composizione e le modalità di funzionamento di tale Organismo di Vigilanza sono individuate nello Statuto allegato alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante e sostanziale;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Di approvare il Modello Organizzativo ex D.Lgs 231/2001, così come allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante e sostanziale;

Di approvare il Codice Etico Comportamentale che regola il complesso di doveri, diritti e responsabilità che l'Azienda assumerà espressamente nei confronti dei portatori di interesse (stakeholders) con i quali si troverà ad interagire nell'ambito dello svolgimento della propria attività istituzionale, allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante e sostanziale;

Di istituire un Organo con funzioni di vigilanza e controllo – Organismo di Vigilanza – in ordine al funzionamento, all'efficacia, all'adeguatezza e all'osservanza del Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dall'Azienda allo scopo di prevenire i reati indicati nelle disposizioni di cui al D.Lgs. 231/2001 e s.m.i., composto dai sotto indicati componenti i cui rispettivi curricula sono allegati alla presente deliberazione di cui formano parte integrante e sostanziale:

- o Dott. Vito Carella – Presidente –
- o Dott. Ernesto Petti – Componente –
- o Dott. Roberto Malucelli – Componente –
- o Dott. Alberto Proia – Segretario –

Di adottare lo Statuto nel quale sono regolamentate le funzioni, la composizione e le modalità di funzionamento dell'Organismo di Vigilanza di cui sopra, allegato alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante e sostanziale.

Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art.31 della Legge Regionale del Lazio n. 45/96.

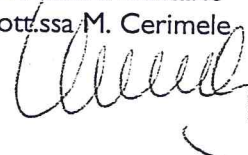
Il Direttore Amministrativo
Dott. G. Grassi



Il Commissario Straordinario
Dott. L. Macchitella



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa M. Cerimele



Vito Carella
00196 Roma Via Pisanelli, 1
☎ 06 3230805 - 338.9433769

Nato a	Bari il 6 Giugno 1944
Stato civile	Coniugato con tre figlie
Cittadinanza	Italiana
Obblighi di leva	Assolto nel 1970 in Aeronautica
Istruzione	<ul style="list-style-type: none">• Laurea in Giurisprudenza, Università di Bari• Volontario alla Cattedra di Diritto Amministrativo della Facoltà di Economia dell'Università di Bari (Prof. Codacci Pisanelli)• Diploma di perfezionamento in Scienze Amministrative – e in – Diritto Sanitario: SPISA Bologna• Altri corsi di aggiornamento inerenti all'Addestramento del Personale, all'azienda Moderna, all'Innovazione ed alle Tecnologie Avanzate: Università Cattolica del Sacro Cuore – CCIA Bari – SPISA Bologna• Abilitato all'esercizio della professione di Avvocato nonché all'insegnamento di "Psicologia Sociale e Pubbliche Relazioni"
Esperienze Lavorative	<ul style="list-style-type: none">• Presidenza del Consiglio dei Ministri - Roma: dal 1982 ad oggi Consigliere di Stato – Presidente di Sezione TAR – Magistrato Amministrativo presso vari TAR• Servizio Sanitario Nazionale: dal 1970 al 1982 Coordinatore Amministrativo di Unità Sanitaria Locale - Segretario Generale di Ente ospedaliero - Capo Ripartizione (Spedalità - Personale – Vice Segretario Generale)
Incarichi Speciali	Ministero Università Ricerca Scientifica e Tecnologica: Capo Ufficio Legislativo ed Esperto Istituto Italiano di Studi Germanici – Villa Sciarra in Roma: Commissario Governativo Ente Regionale Pugliese Trasporti: Commissario liquidatore Regione Puglia: Capo Gabinetto Ente Ecclesiastico Ospedale Miulli - Acquaviva (Ba): Componente Consiglio Affari Economici
Pubblicazioni	Vari articoli in tema di organizzazione pubblica, diritto, urbanistica, controllo di gestione, formazione, università, sanità.
Interessi	<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio e sistemica delle attività pubbliche. Ha anche maturato esperienze significative nei campi del riassetto societario e della ristrutturazione aziendale• Iniziative di sostegno a processi evolutivi di sviluppo territoriale tramite la cultura. E' Presidente dell'Associazione di ricerca e in-formazione "Assieme per Essere"• Attività di impegno politico-sociale nell'ambito dell'Associazionismo e del Volontariato.
Lecture abituali	Storia, Politica, Tradizioni e soprattutto Cultura sull'innovazione e la modernità
Attitudini	Lavorare in gruppo ed elaborare interventi in grado di determinare la soluzione di un problema.

DOTT . ERNESTO PETTI

Cod . fisc .PTT RST 37C06 C875D

CURRICULUM PROFESSIONALE

A-DATI ANAGRAFICI

Dott. Petti Ernesto

Data e luogo di nascita:06-03-1937-Colletorto (CB)

Residenza:00036 Palestrina (RM) Via della Croce,37

Recapito telefonico:331 2311200-06 64014716

E-mail:ernestopetti@gmail.com

B-TITOLI DI STUDIO

Laurea in Giurisprudenza presso l'Università La Sapienza –Roma

C-ISCRIZIONE ALBI PROFESSIONALI

E' iscritto nel registro dei Revisori legali

D-SPECIALIZZAZIONI E PERFEZIONAMENTI UNIVERSITARI

° Corso di perfezionamento di General Management in Sanità- anno 1997

Durata:anni uno

Istituto Universitario organizzatore:Università commerciale L .Bocconi - Milano

° Corso di formazione manageriale per l'alta direzione delle aziende sanitarie

Toscane-anno2004

Istituto universitario organizzatore :Scuola Superiore di studi universitari e di perfezionamento S. Anna di Pisa

E-LINGUE STRANIERE CONOSCIUTE

Lingua inglese – livello di conoscenza: scolastico

F-CURRICULUM LAVORATIVO IN ORDINE CRONOLOGICO

F1 – periodo dal febbraio 1994 al maggio 2010

- ° Dal 16.2.1994 al 6.7.1994 : Coordinatore Amministrativo dell'U.S. L. RM 10 di Roma;
- ° Dal 7.7.1994 al 14.7.1999 : Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni – Addolorata di Roma;
- ° Dal 15.7.1999 al 16.11.2000 : Commissario Straordinario dell'A.S.L. RM B di Roma;
- ° Dall'1.2.2001 al 18.8.2005 : Direttore Amministrativo dell'A.S.L. 7 di Siena;
- ° Dal 26.9.2005 al 6.3.2007 : Direttore Generale dell'A.S.L. di Latina;
- ° Dal 1.5.2007 al 30-4.2008 e dal 16.6.2008 al 15.12.2009 : Incarico di Collaborazione coordinata e continuata presso l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio;
- ° Dal 12.3.2010 al 1.6.2010 : Commissario Straordinario dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria del Lazio;

F2-periodo dal 1964 al febbraio 1994

In questo periodo ha ricoperto l'incarico di Segretario Generale di Enti Ospedalieri

della provincia di Roma e poi della Città di Roma; istituito il S.S.N., ha ricoperto l'incarico di Coordinatore amministrativo presso Unità Sanitarie Locali Di Roma e provincia.

Inoltre è stato chiamato per più periodi a collaborare presso

(2)

L'Assessorato Regionale alla Sanità del Lazio.

Dal 1979 al 1983 ha ricoperto l'incarico di Vice Segretario Generale presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Dall'1.7.1991 all'8.7.1992 ha rivestito l'incarico di Amministratore Straordinario presso l'U.S.L. RM 3 di Roma.

G – Incarichi in materia di valutazione della produttività delle pubbliche amministrazioni, degli uffici e del personale

- ° Componente del Nucleo di Valutazione presso l'Azienda ospedaliera Universitaria di Siena dal 10 febbraio 2006;
- ° Presidente del Nucleo di Valutazione presso l'ESTAV Nord-Ovest di Pisa dal 1.3.2011 al 31.12.2012;
- ° Componente del Nucleo di Valutazione dell'A.U.S.L. di Grosseto dal Giugno 2006 al gennaio 2012;
- ° Componente del Nucleo di Valutazione dell'A.U.S.L. di Siena dal dicembre 2005 al giugno 2010;
- ° Presidente del Nucleo di Valutazione dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria del Lazio dal marzo 2008 al marzo 2010.

H-INCARICHI DI REVISORE DEI CONTI

- ° Componente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Lazio: dal novembre 2007;

(3)

° Componente del Collegio Sindacale dell'Azienda Ospedaliera S.Andrea
Di Roma:dal marzo 2009 al giugno 2012.

Palestrina ,18.marzo.2013

Ernesto Petti

(4)

Internal Auditing

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE**- REV. 01 -**

INDICE

1. PREMESSA	4
2. Principi generali	5
3. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON GLI UTENTI	6
3.1. CRITERI DI CONDOTTA.....	7
3.2. COMUNICAZIONI ALL'UTENZA.....	7
3.3. CARTA DEI SERVIZI.....	8
3.4. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO.....	8
4. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON I DIRIGENTI, DIPENDENTI E COLLABORATORI	8
4.1. SICUREZZA, SALUTE E AMBIENTE.....	9
4.2. TUTELA DELLA PRIVACY	9
4.3. DOVERI DEI DIRIGENTI, DIPENDENTI E COLLABORATORI.....	9
4.3.1. Diligenza e buona fede.....	9
4.3.2. Conflitto d'interessi.....	10
4.3.3. Tutela del patrimonio aziendale.....	10
5. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON I FORNITORI	11
5.1. COMPORTAMENTI GENERALI NEI CONFRONTI DI FORNITORI.....	11
5.2. SCELTA DEL FORNITORE.....	11
5.3. INTEGRITÀ E INDIPENDENZA NEI RAPPORTI CON I FORNITORI.....	11
5.4. TUTELA DEGLI ASPETTI ETICI NELLE FORNITURE.....	12
6. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON LA P.A.	12
7. PRINCIPI DI CONDOTTA CON LE AUTORITÀ E LE ISTITUZIONI	13
7.1. AUTORITÀ.....	13
7.2. RAPPORTI ISTITUZIONALI.....	13
8. PRINCIPI DI CONDOTTA CON ALTRI INTERLOCUTORI	13
8.1. RAPPORTI ECONOMICI CON PARTITI, ORGANIZZAZIONI SINDACALI E ASSOCIAZIONI.....	13
9. PRINCIPI DI CONDOTTA CON REALTÀ CONTROLLATE, COLLEGATE, PARTECIPATE	14

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE VITERBO - VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO - P. IVA 0145570562

10. PRINCIPI DI CONDOTTA IN MATERIA CONTABILE	14
10.1. REGISTRAZIONI CONTABILI.....	14
10.2. CONTROLLI INTERNI	15
10.3. ANTIRICICLAGGIO	15
11. ATTUAZIONE DEL CODICE ETICO	16
11.1. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE.....	16
11.2. EFFICACIA DEL CODICE ETICO E CONSEGUENZE DELLE SUE VIOLAZIONI.....	16
11.3. SEGNALAZIONI DEGLI STAKEHOLDERS.....	17

I. PREMESSA

Il presente documento denominato "Codice Etico Comportamentale" regola il complesso di diritti, doveri e responsabilità che l'Azienda USL di Viterbo (di seguito anche "Azienda") assume espressamente nei confronti degli stake-holders o portatori di interesse con i quali si trova quotidianamente ad interagire nell'ambito dello svolgimento della propria attività istituzionale.

Per stakeholders si intendono tutti coloro che sono portatori di interesse nei confronti dell'Azienda quali: utenti, dipendenti, fornitori, lo Stato, gli Enti Locali e la Pubblica Amministrazione, i partners, le comunità in cui l'Azienda opera.

L'insieme dei principi etici e dei valori espressi nel Codice, dovranno ispirare l'attività di tutti coloro che operano nell'Azienda, tenendo conto dell'importanza dei ruoli, della complessità delle funzioni e delle responsabilità loro affidate per il perseguimento degli scopi dell'Azienda stessa.

In particolare si considerano "Destinatari" del presente Codice etico:

- i componenti della Direzione Strategica che si ispirano ai principi del Codice nel fissare gli obiettivi di gestione;
- i dirigenti che danno concretezza ai valori ed ai principi contenuti nel Codice, facendosi carico delle responsabilità verso l'interno e verso l'esterno e rafforzando la fiducia, la coesione e lo spirito aziendale;
- gli operatori aziendali, dipendenti e collaboratori, che nel dovuto rispetto della legge e delle normative vigenti, adeguano le proprie azioni ed i propri comportamenti ai principi, agli obiettivi ed agli impegni previsti dal Codice.

L'orientamento all'etica è approccio indispensabile per l'affidabilità dei comportamenti dell'Azienda verso i cittadini utenti e, più in generale, verso l'intero contesto civile ed economico in cui l'Azienda opera.

L'adozione di alcuni principi di comportamento specifici, da osservare nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, con il mercato e con i terzi è manifestazione di impegno dell'Azienda anche in relazione alla prevenzione dei reati di cui al D.lgs. 231/2001 e successive modificazioni e integrazioni.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE VITERBO - VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO - P. IVA 01455570562

Per le ragioni che precedono, è importante definire con chiarezza l'insieme dei valori che l'Azienda riconosce, accetta e condivide e l'insieme delle responsabilità che la stessa assume verso l'interno e verso l'esterno.

A tali esigenze risponde la predisposizione del presente Codice etico, che costituisce un codice di comportamento la cui osservanza da parte di tutti gli esponenti aziendali è d'importanza fondamentale per il buon funzionamento, l'affidabilità e la reputazione dell'Azienda.

L'Azienda s'impegna a divulgare il Codice Etico Comportamentale, mediante apposita attività di comunicazione, a tutti coloro con i quali intrattiene rapporti.

2. Principi generali

Di seguito sono indicati i principi e valori ritenuti fondamentali, condivisi e riconosciuti dall'Azienda per l'affermazione della propria missione, cui devono far riferimento i diversi stakeholders coinvolti per favorire il buon funzionamento, l'affidabilità e la reputazione dell'Azienda.

- Valorizzazione delle risorse umane e integrità della persona

L'Azienda tutela e promuove il valore delle risorse umane al fine di accrescere il patrimonio di competenze di ciascun dirigente, dipendente e collaboratore e promuove il rispetto dell'integrità fisica, morale e culturale della persona.

L'Azienda garantisce condizioni di lavoro rispettose della dignità individuale ed ambienti di lavoro sicuri, allo scopo di migliorare ed accrescere il patrimonio delle competenze possedute da ciascun dirigente, dipendente e collaboratore.

- Legalità

L'Azienda, nello svolgimento delle proprie attività, agisce nel rispetto della legislazione e di tutte le norme vigenti, nonché del presente Codice Etico Comportamentale e delle procedure aziendali, applicandole con rettitudine ed equità.

- Riservatezza

L'Azienda assicura la riservatezza delle informazioni e dei dati personali oggetto di trattamento e la protezione delle informazioni acquisite in relazione all'attività svolta.

Le informazioni ottenute non verranno utilizzate per interessi propri al fine di trarne indebito profitto o secondo modalità contrarie alla legge o che siano di nocimento ai compiti ed obiettivi dell'Azienda.

- Onestà e correttezza

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE VITERBO - VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO - P.IVA 0145570562

I rapporti con gli stakeholders dell'Azienda sono improntati a criteri di correttezza, collaborazione, lealtà e reciproco rispetto.

I dirigenti, i dipendenti e collaboratori dell'Azienda svolgono la propria attività nell'interesse dell'Azienda stessa e non dovranno accettare doni, omaggi e utilità o essere influenzati da qualsiasi tipo di pressione, che indirizzi la propria condotta per interessi esterni.

Inoltre l'Azienda promuove la dignità, l'autonomia e il valore dei propri dirigenti, dipendenti e collaboratori.

- Responsabilità verso la collettività e l'ambiente

L'Azienda opera tenendo conto delle esigenze della comunità nel cui ambito svolge la propria attività e contribuisce al suo sviluppo sociale, culturale e civile.

- Trasparenza

L'Azienda s'impegna ad informare in modo chiaro e trasparente, tutti gli stakeholders in relazione alla propria situazione ed al proprio andamento gestionale ed economico, senza favorire alcun gruppo d'interesse o singolo individuo.

- Conflitti di interesse

Tutti i comportamenti assunti dai "Destinatari" del presente Codice devono essere conformi alla normativa vigente in materia di conflitti di interessi.

- Qualità

L'Azienda s'impegna ad essere attenta alle evoluzioni del contesto e a migliorare costantemente la qualità dei servizi erogati.

- Correttezza

Sono da evitare comportamenti volti ad approfittare di lacune contrattuali, delle procedure o di situazioni improvvise che possano mettere l'interlocutore in condizioni di debolezza rispetto all' Azienda.

- Imparzialità

Nelle sue relazioni con gli stakeholders, l'Azienda evita ogni forma di discriminazione, qualunque essa sia: di età, di sesso, di sessualità, di stato di salute, di stato civile, di razza, di opinioni politiche e di credenze religiose.

3. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON GLI UTENTI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE VITERBO - VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO - P. IVA 01455570562

L'Azienda uniforma la propria condotta nei rapporti con gli utenti a principi di trasparenza, affidabilità, responsabilità e qualità.

I membri della Direzione Strategica, i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori dell'Azienda, pertanto, devono:

- osservare scrupolosamente le disposizioni del presente Codice etico e le procedure interne relative alla gestione dei rapporti con gli utenti, nonché tutte le disposizioni contrattuali definite secondo la normativa vigente;
- assicurarsi della qualità ed affidabilità dei servizi offerti.

3.1. CRITERI DI CONDOTTA

I destinatari non possono promettere e svolgere pratiche di favore ad utilità degli utenti che possano indurre disparità di trattamento nell'erogazione delle prestazioni. Sono altresì vietati regali o favori, promessi offerti o ricevuti, che eccedano le normali pratiche di cortesia.

3.2. COMUNICAZIONI ALL'UTENZA

L'Azienda provvede ad idonea formazione del proprio personale al fine di ottimizzare la comunicazione con l'utenza. In particolare, vengono comunicate ai cittadini utenti le informazioni relative ai servizi sanitari erogati, alle tariffe, ai procedimenti amministrativi, al trattamento dei dati e ogni altra informazione utile all'esercizio dei propri diritti.

All'utente di nazionalità estera è assicurata la presenza di un mediatore linguistico-culturale.

L'Azienda utilizza tutti i mezzi di informazione disponibili al fine di agevolare l'acquisizione di conoscenza da parte dell'utenza, nel rispetto del diritto alla riservatezza degli utenti e dei terzi, e non adotta strumenti di persuasione di natura scientifica o di altro tipo al fine di trasmettere contenuti ingannevoli o non veritieri. Ogni comunicazione dell'Azienda verso l'esterno, attraverso qualsiasi canale, deve rispettare l'ordinamento giuridico e la disciplina di condotta professionale. Per garantire completezza e coerenza delle informazioni i rapporti con i mass-media sono riservati alla Direzione Generale aziendale o ai destinatari da essa indicati.

3.3. CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei servizi è volta a soddisfare in modo organico la necessità di conoscenza e informazione dell'utente, per un corretto e completo accesso ai servizi aziendali e agli organismi preposti alla tutela dei pazienti. Il periodico aggiornamento della Carta è curato dalla unità operativa complessa U.R.P.

3.4. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'unità operativa complessa U.R.P. è articolata in quattro strutture operative che sono canali privilegiati di ascolto e comunicazione con il cittadino utente per dare attuazione al principio di trasparenza attraverso la corretta e puntuale informazione del pubblico e l'individuazione delle azioni di miglioramento necessarie in ogni ambito dell'attività aziendale.

4. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON I DIRIGENTI, DIPENDENTI E COLLABORATORI

Il valore del rispetto della persona e del suo sviluppo professionale è considerato preminente per l'Azienda, insieme alla consapevolezza che il complesso delle capacità relazionali, intellettive, organizzative e tecniche di ogni dirigente, dipendente e collaboratore rappresenta il vero vantaggio e una risorsa strategica per l'Azienda stessa.

Il personale dell'Azienda, nell'adempimento del servizio, ispira la sua condotta all'osservanza dei principi generali di interazione con gli stakeholders e delle regole contenute nei contratti, nel rispetto della autonomia tecnica che gli è propria.

A tal fine, nella gestione dei rapporti con i dirigenti, dipendenti e collaboratori, l'Azienda stesso si ispira ad alcuni principi primari di seguito rappresentati.

L'Azienda proibisce ogni e qualsiasi forma di molestia - psicologica, fisica, sessuale - nei confronti di dirigenti, dipendenti, collaboratori, fornitori, utenti o visitatori. Per molestia si intende qualsiasi forma di intimidazione o minaccia che sia di ostacolo al sereno svolgimento delle proprie funzioni ovvero l'abuso da parte del superiore gerarchico della posizione di autorità.

E' proibito qualsiasi atto di ritorsione nei confronti del dirigente, dipendente e collaboratore che rifiuta, lamenta o segnala tali fatti inaccettabili.

4.1. SICUREZZA, SALUTE E AMBIENTE

L'Azienda tutela l'ambiente e pone particolare attenzione alla creazione e gestione di ambienti e luoghi di lavoro adeguati dal punto di vista della sicurezza e della salute dei dipendenti, in conformità alle direttive nazionali ed internazionali in materia.

4.2. TUTELA DELLA PRIVACY

L'Azienda si uniforma alle prescrizioni in materia di riservatezza dei dati personali di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003, disciplinante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni, integrazioni e regolamenti attuativi.

4.3. DOVERI DEI DIRIGENTI, DIPENDENTI E COLLABORATORI

4.3.1. DILIGENZA E BUONA FEDE

I responsabili delle unità organizzative sono tenuti, in coerenza con i principi generali di interazione con gli stakeholders a:

- rendere noti e far rispettare i regolamenti interni al personale dell'Azienda;
- svolgere una attenta e costante valutazione dei rischi operativi legati allo svolgimento delle attività di pertinenza dell'unità organizzativa stessa, garantendo una diligente esecuzione dei controlli;
- gestire al meglio il personale, pianificando le attività, fornendo informazioni accurate su mansioni da svolgere e responsabilità, valorizzando le professionalità presenti e sviluppando le competenze, la motivazione e la partecipazione ai processi aziendali;
- astenersi dal richiedere prestazioni o favori personali, evitare forme di favoritismo, nepotismo e clientelismo o qualunque comportamento in violazione del presente Codice Etico Comportamentale.

Ogni dirigente, dipendente e collaboratore, in coerenza con i principi generali di interazione con gli stakeholders:

- deve agire lealmente e secondo buona fede rispettando gli obblighi sottoscritti nel contratto di lavoro e assicurando le prestazioni richieste con adeguati standard di qualità e quantità;
- deve esercitare i propri compiti e funzioni nell'ambito del sistema di responsabilità e competenze definito dalle disposizioni di Legge e dai Regolamenti dell'Azienda;
- deve assicurare, nei luoghi di lavoro, comportamenti improntati alla correttezza e al rispetto della dignità di ciascuno;
- deve sviluppare, con Autorità ed Enti Pubblici, rapporti ispirati alla massima correttezza, probità e imparzialità, nella più totale trasparenza, evitando comportamenti che possano avere effetti negativi sulla serenità di giudizio degli stessi;
- deve trattare le informazioni degli stakeholders nel rispetto della riservatezza e della privacy degli stessi. Qualsiasi informazione ottenuta nell'adempimento dei compiti aziendali non può essere comunicata a terzi, sia all'interno che all'esterno dell'Azienda, salvo nel caso in cui tale comunicazione sia necessaria per adempiere ai propri doveri professionali;
- deve astenersi dal portare fuori dei locali dell'Azienda gli atti e i documenti riservati o confidenziali se non per motivi strettamente connessi all'adempimento dei doveri professionali;

- deve astenersi dal divulgare ai mezzi di informazione le notizie connesse allo svolgimento delle attività lavorative, salvo specifica autorizzazione, o lesive dei diritti dei terzi;
- non è tenuto ad eseguire un ordine o ad attuare un atto direttivo emanati dal soggetto non competente o non legittimato. In tali casi, il dirigente, dipendente e collaboratore deve dare immediata comunicazione dell'ordine o dell'atto direttivo ricevuti al responsabile dell'unità organizzativa;
- deve astenersi dal prestare servizio sotto gli effetti di sostanze alcoliche o sostanze stupefacenti e consumare o cedere sostanze stupefacenti nel corso della prestazione lavorativa;
- deve, altresì, conoscere e osservare le norme deontologiche contenute nel presente Codice.

Il personale dell'Azienda, a prescindere dalla funzione esercitata e/o dal livello di responsabilità assunto, deve conoscere ed attuare quanto previsto in tema di tutela dell'ambiente, di sicurezza e igiene del lavoro e di tutela della privacy.

4.3.2. CONFLITTO D'INTERESSI

I Destinatari devono astenersi dallo svolgere attività, perseguendo un loro interesse patrimoniale diretto, che siano anche potenzialmente in conflitto con gli interessi dell'Azienda.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, costituiscono fattispecie di conflitto di interessi:

- la cointeressenza - palese od occulta - del dirigente o dipendente o dei suoi familiari in attività di fornitori;
- la strumentalizzazione della propria posizione funzionale per la realizzazione di interessi contrastanti con quelli dell'Azienda;
- l'utilizzazione di informazioni acquisite nello svolgimento di attività lavorative a vantaggio proprio o di terzo in contrasto con gli interessi dell'Azienda;
- lo svolgimento di attività lavorative di qualunque genere (prestazioni d'opera e prestazioni intellettuali) presso fornitori e/o presso terzi in contrasto con gli interessi dell'Azienda;
- la conclusione, il perfezionamento o l'avvio di trattative e/o contratti - in nome e per conto dell'Azienda - che abbiano come controparte familiari o soci del dirigente o del dipendente, ovvero persone giuridiche a cui egli sia personalmente ed economicamente interessato;
- l'accettazione di denaro o altro beneficio o favore da persone o aziende che sono o intendono entrare in rapporti di affari con l'Azienda.

E' fatto divieto di avvantaggiarsi personalmente di opportunità di affari di cui si è venuti a conoscenza nei corso dello svolgimento delle proprie funzioni all'interno dell'Azienda.

Prima di accettare un incarico di consulenza, di direzione, amministrazione o altro incarico in favore di altro soggetto, oppure nel caso in cui si verifichi una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi, ciascun dirigente o dipendente è tenuto a darne comunicazione al Responsabile di Direzione o direttamente all'Organismo di Vigilanza per una verifica della effettiva rilevanza del conflitto di interesse.

4.3.3. TUTELA DEL PATRIMONIO AZIENDALE

Ogni dirigente, dipendente e collaboratore è responsabile della protezione delle risorse aziendali a lui affidate e ha il dovere di informare tempestivamente i propri responsabili diretti di eventi potenzialmente dannosi per l'Azienda. Ognuno

deve sentirsi custode responsabile dei beni aziendali (materiali e immateriali) che sono strumentali all'attività svolta e deve attenersi a quanto previsto dai Regolamenti interni.

5. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON I FORNITORI

5.1. COMPORTAMENTI GENERALI NEI CONFRONTI DI FORNITORI

L'Azienda impronta la propria condotta nei rapporti con i fornitori a principi di trasparenza, eguaglianza, lealtà e libera concorrenza.

In particolare i dirigenti e dipendenti dell'Azienda devono:

- osservare e rispettare, nei rapporti di fornitura, le disposizioni di legge applicabili e le condizioni contrattualmente previste;
- osservare scrupolosamente le procedure interne relative alla selezione ed alla gestione dei rapporti con i fornitori;
- ottenere la collaborazione dei fornitori nell'assicurare il soddisfacimento delle esigenze in termini di qualità, costo e tempi di consegna dei beni o di prestazione dei servizi;
- osservare i principi di trasparenza e completezza di informazione nella corrispondenza fornitori;
- evitare di subire qualsiasi forma di condizionamento da parte di terzi estranei all'Azienda per l'assunzione di decisioni e/o l'esecuzione di atti relativi alla propria attività lavorativa.

5.2. SCELTA DEL FORNITORE

I processi di acquisto sono improntati alla ricerca del massimo vantaggio economico per l'Azienda e alla tutela dell'immagine dello stesso.

A tal fine, i dirigenti e dipendenti dell'Azienda responsabili delle funzioni aziendali che partecipano a detti processi devono: riconoscere ai fornitori in possesso dei requisiti necessari, pari opportunità di partecipazione alla selezione; assicurare la partecipazione alla selezione di più di due fornitori, salvo casi eccezionali e disciplinati da apposite procedure aziendali; verificare, anche attraverso idonea documentazione, che i fornitori partecipanti alla gara dispongano di mezzi, anche finanziari, strutture organizzative, capacità tecniche ed esperienza, sistemi di qualità e risorse adeguate alle esigenze e all'immagine dell'Azienda.

5.3. INTEGRITÀ E INDIPENDENZA NEI RAPPORTI CON I FORNITORI

Le relazioni dell'Azienda con i fornitori sono regolate dai principi etici generali del presente Codice e sono oggetto di un costante monitoraggio da parte dell'Azienda stessa.

In particolare, nella gestione dei rapporti con i fornitori, al fine di garantire integrità ed indipendenza, deve essere evitato di indurre un fornitore a stipulare un contratto a lui sfavorevole lasciandogli intendere la possibilità della stipula di un successivo contratto più vantaggioso.

5.4. TUTELA DEGLI ASPETTI ETICI NELLE FORNITURE

L'Azienda porta a conoscenza dei fornitori il contenuto del presente Codice Etico Comportamentale.

Le controparti contrattuali dovranno sottoscrivere dichiarazioni di conoscenza dei principi del presente Codice, impegnandosi a non porre in essere alcun comportamento che induca in qualsiasi modo l'Azienda o i suoi dirigenti, dipendenti o collaboratori a violare i propri principi, specificati nel Codice stesso.

5.5. DONI E ALTRE UTILITÀ RICEVUTE DAI FORNITORI

dirigenti, i dipendenti e i collaboratori dell'Azienda devono evitare di ricevere direttamente o indirettamente (tramite membri del proprio nucleo familiare, amici, conoscenti):

- denaro o altra utilità o beneficio da parte di chiunque diverso dall'Azienda per l'esecuzione di un atto del proprio ufficio o contrario ai doveri d'ufficio;
- regali, omaggi, ospitalità, o altri vantaggi, salvo che il valore degli stessi non ecceda i limiti ascrivibili a normali relazioni di cortesia e di modesto valore, usuali in relazione alla ricorrenza.

dirigente, il dipendente e il collaboratore che riceva omaggi, o altra forma di beneficio, non in linea con quanto sopra indicato, dovrà assumere ogni opportuna iniziativa al fine di rifiutare detto omaggio o altra forma di beneficio ed informarne il proprio diretto superiore.

6. PRINCIPI DI CONDOTTA NEI RAPPORTI CON LA P.A.

I rapporti dell'Azienda con la Pubblica Amministrazione sono improntati alla massima trasparenza e correttezza.

In particolare l'Azienda intrattiene le necessarie relazioni, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni attribuite in base alla legge, nonché in spirito di massima collaborazione con le Amministrazioni Pubbliche.

Le relazioni con funzionari delle istituzioni pubbliche sono limitate alle funzioni aziendali preposte e regolarmente autorizzate nel rispetto della più rigorosa osservanza delle disposizioni di legge e regolamentari e non possono in alcun modo compromettere l'integrità e la reputazione dell'Azienda.

A tal fine l'Azienda s'impegna a non offrire, direttamente o attraverso intermediari, somme di denaro o altri mezzi di pagamento a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio al fine di influenzare la loro attività nell'espletamento dei propri doveri.

Tali prescrizioni non possono essere eluse ricorrendo a forme diverse di contribuzioni che, sotto veste di sponsorizzazioni, incarichi e consulenze, pubblicità, ecc. abbiano le stesse finalità sopra vietate.

Atti di cortesia, come omaggi e forme di ospitalità, verso rappresentanti della Pubblica Amministrazione o pubblici ufficiali, sono consentiti purché di modico valore e tali da poter essere considerati usuali in relazione alla ricorrenza che non comprometta l'integrità e la reputazione dell'Azienda e non influenzi l'autonomia di giudizio del destinatario.

In ogni caso tali spese devono sempre essere autorizzate secondo specifica regolamentazione aziendale e documentate in modo adeguato.

Allo stesso modo i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori non possono ricevere omaggi o trattamenti di favore, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e purché di modico valore.

7. PRINCIPI DI CONDOTTA CON LE AUTORITÀ E LE ISTITUZIONI

7.1. AUTORITÀ

L'Azienda si impegna a dare piena e scrupolosa osservanza alle regole dettate dalle Autorità per il rispetto della normativa vigente nei settori connessi con la propria attività.

L'Azienda non nega, nasconde o ritarda alcuna informazione richiesta dalle Autorità nelle loro funzioni ispettive e collabora attivamente con i propri dirigenti, dipendenti e collaboratori nel corso delle procedure istruttorie.

Per garantire la massima trasparenza, l'Azienda s'impegna a non trovarsi con dipendenti di qualsiasi Authorities e loro familiari in situazioni di conflitto di interessi.

L'Azienda riconosce che, a volte, possono sorgere dubbi circa la corretta interpretazione di leggi e regolamenti. In tale caso, i dirigenti, i dipendenti e collaboratori, dovranno richiedere il parere del responsabile dell'Area di competenza (ad esempio dell'Area Legale) attraverso gli opportuni canali di comunicazione aziendale.

7.2. RAPPORTI ISTITUZIONALI

Nei rapporti con le Istituzioni l'Azienda si impegna a:

- instaurare, senza alcun tipo di discriminazione, canali stabili di comunicazione con tutti gli interlocutori istituzionali coinvolti durante la realizzazione delle proprie attività;
- rappresentare gli interessi e le posizioni proprie in maniera trasparente, rigorosa e coerente, evitando atteggiamenti di natura collusiva;
- agire nel rispetto dei principi definiti dal presente Codice nello svolgimento delle proprie attività, non esercitando attraverso propri dirigenti, dipendenti o collaboratori pressioni dirette o indirette a responsabili o rappresentati delle Istituzioni per ottenere favori o vantaggi.

8. PRINCIPI DI CONDOTTA CON ALTRI INTERLOCUTORI

8.1. RAPPORTI ECONOMICI CON PARTITI, ORGANIZZAZIONI SINDACALI E ASSOCIAZIONI

L'Azienda non eroga contributi di alcun genere, direttamente o indirettamente, a partiti politici, movimenti, comitati ed organizzazioni politiche e sindacali, né a loro rappresentanti o candidati, sia in Italia che all'Estero, né ad associazioni anche non politiche, a esclusione dei contributi dovuti sulla base di specifiche normative.

I dirigenti e i dipendenti dell'Azienda, a loro volta, non possono svolgere attività politica durante l'orario di lavoro, o utilizzare beni o attrezzature dell'Azienda a tale scopo; dovranno inoltre chiarire che le eventuali opinioni politiche da loro espresse a terzi sono strettamente personali e non rappresentano, pertanto, l'opinione e l'orientamento dell'Azienda stessa.

9. PRINCIPI DI CONDOTTA CON REALTÀ CONTROLLATE, COLLEGATE, PARTECIPATE

I rapporti tra l'Azienda e le realtà da questa controllate e/o a questa collegate e/o da questo partecipate sono ispirati ai principi della trasparenza e della correttezza ed ai valori etici espressi dal presente Codice.

10. PRINCIPI DI CONDOTTA IN MATERIA CONTABILE

10.1. REGISTRAZIONI CONTABILI

I dirigenti, dipendenti e collaboratori operano affinché siano costantemente garantite verità, completezza e tempestività d'informazione, sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda.

A tal fine, ogni operazione o transazione deve essere correttamente e tempestivamente rilevata e registrata nel sistema di contabilità aziendale secondo i criteri indicati dalla legge e sulla base dei principi contabili applicabili; ogni operazione o transazione deve essere autorizzata, verificabile, legittima, coerente e congrua.

Affinché la contabilità risponda ai requisiti di verità, completezza e trasparenza, deve essere conservata agli atti dell'Azienda un'adeguata e completa documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire:

1. l'accurata rilevazione e registrazione contabile di ciascuna operazione;
2. l'immediata determinazione delle caratteristiche e delle motivazioni alla base della stessa;
3. l'agevole ricostruzione formale e cronologica dell'operazione;
4. la verifica del processo di decisione, di autorizzazione e di realizzazione, nonché l'individuazione dei vari livelli di responsabilità e controllo.

Ciascuna registrazione contabile deve riflettere esattamente ciò che risulta dalla documentazione di supporto. Pertanto, è compito di ciascun dirigente, dipendente o collaboratore a ciò deputato fare in modo che la documentazione di supporto sia facilmente reperibile e ordinata secondo criteri logici e in conformità alle disposizioni e procedure aziendali.

Nessun dirigente, dipendente e collaboratore può effettuare, in mancanza di adeguata documentazione di supporto e formale autorizzazione, pagamenti nell'interesse e per conto dell'Azienda.

I dirigenti, dipendenti e i collaboratori - questi ultimi nella misura in cui siano a ciò deputati - che vengano a conoscenza di omissioni, falsificazioni o trascuratezze nelle registrazioni contabili o nelle documentazioni di supporto, sono tenuti a riferirne tempestivamente al proprio superiore.

10.2. CONTROLLI INTERNI

Per "controlli interni" si intendono tutti gli strumenti necessari o utili ad indirizzare e verificare le attività dell'Azienda con il fine di assicurare il rispetto delle leggi e delle procedure aziendali, proteggere i beni aziendali, gestire efficacemente le attività istituzionali e fornire con chiarezza informazioni veritiere e corrette sulla situazione dei servizi erogati, patrimoniale, economica e finanziaria, nonché individuare e prevenire i rischi in cui l'Azienda possa incorrere.

Nell'ambito delle loro funzioni e competenze, i dirigenti e dipendenti dell'Azienda sono tenuti a partecipare alla realizzazione e all'attuazione di un sistema di controllo aziendale efficace e a renderne partecipi i loro sottoposti.

I dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda devono, per quanto di loro competenza:

- contribuire al corretto funzionamento del sistema di controllo;
- custodire responsabilmente i beni aziendali, siano essi materiali o immateriali, strumentali all'attività svolta e a non farne un uso improprio.

10.3. ANTIRICICLAGGIO

La Direzione Strategica, i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori si impegnano a rispettare tutte le norme e disposizioni, sia nazionali che internazionali, in tema di antiriciclaggio.

La Direzione Strategica, i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori dell'Azienda non devono, in alcun modo e in alcuna circostanza, ricevere o accettare la promessa di pagamenti in contanti o correre il rischio di essere implicati in vicende relative al riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite o criminali.

Prima di stabilire relazioni o stipulare contratti con fornitori ed altri partners i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori devono assicurarsi dell'integrità morale, della reputazione ed del buon nome della controparte.

11. ATTUAZIONE DEL CODICE ETICO

11.1. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE

Il Codice etico è portato a conoscenza degli stakeholders dell'Azienda, della Direzione Strategica, dei dirigenti, dei dipendenti e dei collaboratori della stessa mediante apposita attività di comunicazione.

Allo scopo di assicurare la corretta comprensione del Codice Etico Comportamentale a tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda, l'Organismo di Vigilanza, in accordo con le specifiche funzioni aziendali, predispone il piano di formazione volto a favorire la conoscenza dei principi e delle norme etiche.

Le iniziative di formazione sono differenziate secondo il ruolo e la responsabilità dei dirigenti, dipendenti o collaboratori; per i neoassunti è previsto un apposito programma formativo che illustra i contenuti del codice di cui è richiesta l'osservanza.

11.2. EFFICACIA DEL CODICE ETICO E CONSEGUENZE DELLE SUE VIOLAZIONI

L'osservanza delle norme contenute nel presente Codice deve considerarsi parte essenziale delle obbligazioni contrattuali previste per i dirigenti e dipendenti dell'Azienda, ai sensi dell'articolo 2104 del codice civile, nonché per i collaboratori della stessa.

La violazione delle suddette norme costituirà inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro e/o illecito disciplinare, con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alla conservazione del rapporto di lavoro.

L'Azienda s'impegna a prevedere ed irrogare, con coerenza, imparzialità ed uniformità, sanzioni proporzionate alle rispettive violazioni del Codice e conformi alle vigenti disposizioni in materia di regolamentazione dei rapporti di lavoro in particolare, in caso di violazioni del Codice etico compiute dai dirigenti, dipendenti dell'Azienda, i relativi provvedimenti saranno adottati e le relative sanzioni saranno irrogate nel pieno rispetto dell'art. 7, della legge 300 del 20 maggio 1970 (Statuto dei lavoratori), della normativa vigente e di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva.

Le singole infrazioni punibili e le relative sanzioni irrogabili saranno stabilite in apposito documento opportunamente diffuso.

Si sancisce nel presente Codice l'obbligatorietà dell'azione disciplinare in caso di inosservanza delle norme comportamentali da esso definite.

11.3. SEGNALAZIONI DEGLI STAKEHOLDERS

Tutti gli stakeholders dell'Azienda possono segnalare, per iscritto e in forma non anonima, attraverso appositi canali di informazione riservati, ogni violazione o sospetto di violazione del Codice Etico Comportamentale all'Organismo di Vigilanza di cui al Modello di organizzazione gestione e controllo ex D.lgs. 231/01, che provvede ad un'analisi della segnalazione, ascoltando eventualmente l'autore e il responsabile della presunta violazione.

Le segnalazioni possono essere inviate con le seguenti modalità:

e-mail:

lettera: all'Organismo di Vigilanza dell'Azienda USL Viterbo, via E. Fermi, 15 – 01100 Viterbo –

L'Organismo di Vigilanza agisce in modo da garantire i segnalanti contro qualsiasi tipo di ritorsione, intesa come atto che possa dar adito anche al solo sospetto di discriminazione o penalizzazione.

E' inoltre assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante, fatta salva la buona fede e gli obblighi di legge.

Internal Auditing

MODELLO ORGANIZZATIVO

EX D.LGS. N. 231/2001

- REV. 01 -

INDICE

1. PREMESSA.....	3
1.1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001	3
1.2. ESONERO DELLA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE.....	6
1.3. LINEE GUIDA.....	7
2. IL MODELLO	7
2.1. FINALITÀ DEL MODELLO	7
2.2. ELEMENTI DEL MODELLO	7
2.3. APPROVAZIONE DEL MODELLO	8
2.4. DESTINATARI DEL MODELLO.....	8
3. IL PROGETTO "D.Lgs 231".....	8
3.1. LA MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E DEI CONTROLLI.....	9
3.2. LA VALUTAZIONE PREVENTIVA DELLA REALTÀ AZIENDALE.....	9
3.3. L'INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO E LA VALUTAZIONE DEI CONTROLLI.....	9
4. AREE A RISCHIO E CONTROLLI	10
5. SISTEMA ORGANIZZATIVO	11
6. CODICE ETICO COMPORTAMENTALE	11
7. SISTEMA DISCIPLINARE	12
8. ORGANISMO DI VIGILANZA.....	13
8.1. INDIVIDUAZIONE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	13
8.2. RESPONSABILITÀ DELL'ODV	13
8.3. REPORTING DELL'ORGANISMO NEI CONFRONTI DEGLI ORGANI E DEL VERTICE AZIENDALE.....	14
8.4. FLUSSO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA	14
8.5. RACCOLTA E CONSERVAZIONE DELLE INFORMAZIONI.....	15
8.6. OBBLIGHI DI RISERVATEZZA DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	15
9. PROCEDURE OPERATIVE.....	15
10. GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE	16
11. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE	16

I. PREMESSA

I.1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001

Il Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, avente per oggetto la "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica" (qui di seguito denominato anche il "Decreto"), ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità degli Enti, per illeciti amministrativi dipendenti da reato.

La disciplina è stata elaborata su impulso dell'Unione Europea e dell'OCSE che hanno emanato da tempo convenzioni in tema di lotta alla corruzione. Il legislatore italiano, con l'art. 11 della Legge delega 300/2000 e il D.Lgs. 231/01, ha attuato la tutela internazionale per la lotta alla criminalità economica che vede l'Ente quale garante di interessi economici nei confronti dell'ordinamento statale e comunitario.

Si tratta di una particolare forma di responsabilità di natura amministrativa, che si sostanzia in una responsabilità penale a carico degli enti, in quanto accertata dinanzi al giudice penale.

Il Decreto costituisce un intervento di grande portata normativa e culturale in cui, alla responsabilità penale della persona fisica che ha commesso il reato, si aggiunge quella dell'Ente a vantaggio o nell'interesse del quale lo stesso reato è stato perpetrato.

Le disposizioni contenute nel Decreto ai sensi dell'articolo 1, comma 2, si applicano ai seguenti "Soggetti":

- enti forniti di personalità giuridica;
- società e associazioni anche prive di personalità giuridica.

Ai sensi del successivo comma 3, restano invece esclusi dalla disciplina in oggetto:

- lo Stato;
- gli enti pubblici territoriali;
- gli altri enti pubblici non economici;
- gli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale.

Per quanto concerne le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere a partire dal D. Lgs. n.502/1992, si è iniziato il processo di "depubblicizzazione".

Tale processo ha avuto ulteriore sviluppo con l'emanazione del D. Lgs. N. 517/1993 e del D. Lgs. n. 229/1999. In base a questo ultimo, è stata mutata la qualificazione giuridica delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, che ora si costituiscono con personalità giuridica di diritto pubblico, ma sono dotate di autonomia imprenditoriale, agendo, pertanto, attraverso atti di diritto privato.

La nuova configurazione connota le Aziende Sanitarie, Ospedaliere di tutto le funzioni ed i caratteri operativi dell'impresa, caratterizzati e qualificati dal concetto della "professionalità".

Pertanto, anche presso l'Azienda USL di Viterbo (qui di seguito denominata anche "Ente"), facendo riferimento ad analoghi progetti, da tempo avviati presso altre strutture sanitarie, si ritiene opportuno sperimentare l'applicazione della normativa in questione, finalizzata alla prevenzione degli eventuali illeciti, che può, inoltre, considerarsi uno stimolo all'evoluzione razionale ed efficiente dell'organizzazione aziendale e del funzionamento operativo dell'Azienda stessa.

In base alla normativa di riferimento la responsabilità è attribuibile all'Azienda ove i reati, indicati dal Decreto, siano stati commessi da soggetti legati a vario titolo all'Azienda stessa.

In particolare, l'art. 5 del Decreto indica quali autori del reato:

- i soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale e coloro che esercitano di fatto la gestione ed il controllo dell'Ente (c.d. "soggetti apicali");

- i soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza di soggetti apicali.

Nell'ipotesi di reati commessi da soggetto in posizione apicale, la responsabilità dell'Ente è esclusa qualora quest'ultimo dimostri che il reato è stato commesso eludendo fraudolentemente i modelli esistenti e che non vi sia stato, inoltre, omesso o insufficiente controllo da parte dell'Organismo di Vigilanza, appositamente incaricato di vigilare sul corretto funzionamento e sulla effettiva osservanza del modello stesso.

Al contrario, nel caso di reato realizzato da soggetto in posizione subordinata, l'esclusione della responsabilità dell'Ente è subordinata all'adozione di protocolli comportamentali adeguati a garantire, per il tipo di organizzazione e di attività svolta, lo svolgimento dell'attività stessa nel rispetto della legge ed a verificare ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

Secondo le Linee Guida applicative del Decreto sarà altresì configurabile la responsabilità dell'Ente nell'ipotesi di reato commesso anche da consulenti, collaboratori ed in genere da tutti i terzi che agiscono per conto dell'Ente nei confronti della Pubblica Amministrazione.

L'Ente, inoltre, sarà responsabile unicamente nel caso in cui la condotta illecita sia stata realizzata dai soggetti sopra indicati "nell'interesse o a vantaggio dell'Ente" (art. 5, co. 1, D.Lgs. 231/01), pertanto, non risponderà nell'ipotesi in cui i soggetti coinvolti abbiano agito "nell'interesse esclusivo, proprio o di terzi" (art. 5, co. 2, D.Lgs. 231/01).

La responsabilità dell'Ente non è genericamente riferibile a qualsiasi reato, ma è circoscritta alle ipotesi di reato previste originariamente dal Decreto e dalle successive modifiche.

In particolare, agli artt. 24 e 25 del Decreto sono previsti i **delitti realizzati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione**, e precisamente :

- malversazione a danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 316-bis c.p.);
- indebita percezione di contributi, finanziamenti o altre erogazioni da parte dello Stato o di altro Ente Pubblico (art. 316-ter c.p.);
- concussione (art. 317 c.p.);
- corruzione per un atto d'ufficio (art. 318 c.p.);
- corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);
- corruzione in atti giudiziari (art. 319-ter c.p.);
- corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.);
- corruzione, pene per il corruttore (art. 321 c.p.);
- istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
- peculato, concussione ed istigazione alla corruzione di membri degli Organi della Comunità Europea e di funzioni della Comunità Europea e degli Stati esteri (art. 322 bis c.p.);
- truffa a danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 640, 2° comma, n. 1 c.p.);
- truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640-bis c.p.);
- frode informatica in danno dello Stato o di altro Ente Pubblico (art. 640-ter c.p.).

L'art. 6 della Legge 23 novembre 2001, n. 409 ha poi compreso tra quelli rilevanti ex D.lgs. 231/01 i reati in materia di **falsificazione ed alterazione di monete e valori di bollo** (art. 25-bis), ovvero la :

- falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete falsificate (art. 453 c.p.);
- alterazione di monete (art. 454 c.p.);
- spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate (art. 455 c.p.);
- spendita di monete falsificate ricevute in buona fede (art. 457 c.p.);
- falsificazione dei valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art. 459 c.p.);
- contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (art. 460 c.p.);
- fabbricazione o detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata (art. 461 c.p.);
- uso di valori di bollo contraffatti o alterati (art. 464, co. 1 e 2 c.p.).

L'art. 3 del Decreto legislativo 11 aprile 2002 n. 61, nell'ambito della riforma dei reati societari, ha introdotto l'art. 25-ter con il quale è stata estesa ad alcuni **reati societari** la responsabilità amministrativa degli Enti:

- false comunicazioni sociali (art. 2621 cod. Civ.);
- false comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori (art. 2622 cod. Civ.);
- falso in prospetto (art. 2623 cod. Civ.);
- falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni della società di revisione (art. 2624 cod. Civ.);
- impedito controllo (art. 2625, 2° comma cod. Civ.);
- indebita restituzione dei conferimenti (art. 2626 cod. Civ.);
- illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 cod. Civ.);
- illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 cod. Civ.);
- operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 cod. Civ.);
- formazione fittizia del capitale (art. 2632 cod. Civ.);
- indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 cod. Civ.); illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 cod. Civ.);
- aggrottaggio (art. 2637 cod. Civ., come modificato dall'art. 9 L. 62/05);
- ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638 Cod. Civ.).

In relazione alla commissione dei delitti aventi finalità di **terrorismo o di eversione dell'ordine democratico**, la Legge 14 gennaio 2003, n. 7 ha introdotto l'art. 25-quater. "Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico," previsti dal codice penale e dalle leggi speciali.

Per la commissione dei **delitti contro la personalità individuale** la Legge 11 agosto 2003, n. 228 ha introdotto l'art. 25-quinquies "Misure contro la tratta di persone":

- riduzione in schiavitù (art. 600 c.p.);
- prostituzione minorile (art. 600 bis c.p.);
- pornografia minorile (art. 600 ter c.p.);
- detenzione di materiale pornografico (art. 600 quater c.p.);
- iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione (art. 600 quinquies c.p.);
- tratta e commercio di schiavi (art. 601 c.p.);
- alienazione e acquisto di schiavi (art. 602 c.p.).

Infine, la Legge 18 aprile 2005 n. 62 ha introdotto l'art. 25 sexies "**Abuso di informazioni privilegiate e manipolazione del mercato**".

- abuso di informazioni privilegiate (art. 184 D.Lgs. 58/98)
- manipolazione del mercato (art. 185 D.Lgs. 58/98)

Altre fattispecie di reato potranno in futuro essere inserite dal legislatore nel Decreto anche a seguito di specifiche indicazioni del Consiglio dell'Unione Europea.

Ogni eventuale imputazione all'Ente di responsabilità derivante dalla commissione di una o più delle fattispecie appena elencate, non vale ad escludere quella personale di chi ha posto in essere la condotta criminosa.

All'art. 9 del Decreto sono previste le sanzioni che possono essere inflitte all'Ente. Precisamente, esse sono:

- le sanzioni pecuniarie;
- le sanzioni interdittive;
- la confisca;
- la pubblicazione della sentenza.

Le sanzioni pecuniarie sono fissate dal giudice tenendo conto:

- della gravità del fatto;

- del grado di responsabilità dell'Ente;
- dell'attività svolta dall'Ente per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti;
- delle condizioni economiche e patrimoniali dell'Ente.

Le sanzioni interdittive, invece, elencate al comma 2, sono applicate nelle ipotesi più gravi ed applicabili esclusivamente se ricorre almeno una delle seguenti condizioni:

- l'Ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed il reato è stato commesso da soggetti in posizione apicale, ovvero da soggetti sottoposti all'altrui direzione e vigilanza quando la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- in caso di reiterazione degli illeciti.

Le sanzioni interdittive sono:

- l'interdizione dall'esercizio della attività;
- la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
- l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
- il divieto di pubblicizzare beni o servizi
- il commissariamento.

Le sanzioni interdittive, applicabili anche in via cautelare, possono avere una durata non inferiore a tre mesi e non superiore a due anni.

1.2. ESONERO DELLA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE

L'art. 6 del D.Lgs. n. 231/01 prevede l'esonero della responsabilità per reati commessi da soggetti in posizione apicale ove l'Ente provi che, prima della commissione del fatto:

- siano stati predisposti ed efficacemente attuati modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire la commissione dei reati;
- sia stato istituito un organismo dell'Ente (c.d. "Organismo di Vigilanza"), con poteri di autonoma iniziativa e con il compito di vigilare sul funzionamento dei modelli di organizzazione;
- il reato sia stato commesso eludendo fraudolentemente i modelli esistenti;
- non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Nel caso di reato realizzato da soggetto in posizione subordinata, invece, l'art. 7 del Decreto subordina l'esclusione della responsabilità dell'Ente all'efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo (di seguito "Modello") idoneo a garantire, per il tipo di organizzazione e di attività svolta, lo svolgimento dell'attività stessa nel rispetto della legge ed a verificare ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

Il Decreto prevede, inoltre, che in relazione all'estensione dei poteri delegati ed al rischio di commissione dei reati, i modelli di organizzazione debbano rispondere alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'Ente;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- stabilire obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo dell'Ente deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- introdurre sistemi disciplinari idonei a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

1.3. LINEE GUIDA

Nella predisposizione del modello, l'Ente ha tenuto conto, oltre che della disciplina di cui al D. Lgs. n. 231/01, anche dei principi espressi nelle Linee guida approvate dal Ministero della Giustizia predisposte da varie Associazioni anche del settore dei servizi pubblici e della sanità.

Gli aspetti salienti delle Linee Guida finalizzati alla corretta applicazione del Modello sono qui di seguito brevemente illustrati:

- a) l'identificazione dei rischi, ossia l'analisi del contesto aziendale per evidenziare in quale area o settore di attività e secondo quali modalità potrebbero verificarsi eventi pregiudizievoli agli obiettivi perseguiti dal D.Lgs. 231/01;
- b) la progettazione del sistema di controllo ovvero di protocolli finalizzati a programmare sia la formazione che l'attuazione delle decisioni dell'ente, in relazione ai reati da prevenire.

Proprio in funzione della realizzazione di tali obiettivi, è previsto un sistema di controllo le cui componenti di maggior rilievo sono:

- Codice Etico Comportamentale;
 - sistema organizzativo chiaro e formalizzato, con attribuzione di responsabilità, linee di dipendenza gerarchica, descrizione dei compiti e specifica previsione dei principi di controllo adottati;
 - procedure manuali ed informatiche tali da regolamentare lo svolgimento delle attività prevedendo gli opportuni punti di controllo;
 - poteri autorizzativi e di firma, con puntuale indicazione dei limiti di approvazione delle spese;
 - sistema di controllo di gestione in grado di segnalare tempestivamente situazioni di particolare criticità;
 - comunicazione al personale e programma di formazione.
- c) individuazione di un Organismo di Vigilanza (l'OdV) interno all'Ente con il compito di vigilare sull'efficacia, adeguatezza ed applicazione del modello;
 - d) un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

2. IL MODELLO

2.1. FINALITÀ DEL MODELLO

L'adozione del Modello costituisce un valido strumento di sensibilizzazione nei confronti di tutti i dipendenti dell'Azienda USL di Viterbo e di tutti gli altri soggetti alla stessa cointeressati (Cittadini Utenti, Fornitori, Partner, Collaboratori a diverso titolo), affinché seguano, nell'espletamento delle proprie attività, comportamenti corretti e lineari, tali da prevenire il rischio di commissione dei reati contemplati nel Decreto.

Il Modello si propone, dunque, le seguenti finalità:

- prevenire e ragionevolmente limitare il rischio di eventuali condotte illecite connesse all'attività aziendale;
- ribadire che l'Ente non tollera comportamenti illeciti e comunque ogni comportamento contrario ai principi etici cui l'Ente intende attenersi.

2.2. ELEMENTI DEL MODELLO

Sulla base delle indicazioni contenute nelle citate Linee Guida, il presente Modello si compone dei seguenti elementi, ciascuno dei quali sarà oggetto di specifica trattazione nei successivi paragrafi e più precisamente:

- le aree a rischio ed i relativi controlli;
- il sistema organizzativo;

- il sistema autorizzativo;
- il sistema di gestione delle risorse finanziarie;
- il Codice Etico;
- l'Organismo di Vigilanza;
- il sistema di flussi informativi da e verso l'Organismo di Vigilanza;
- le procedure aziendali;
- il piano di formazione e comunicazione.

2.3. APPROVAZIONE DEL MODELLO

I modelli di organizzazione e di gestione costituiscono, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 6 comma 1, lettera a), del Decreto, atti di emanazione del Vertice aziendale nella sua collegialità. Pertanto l'approvazione del presente Modello organizzativo costituisce prerogativa e responsabilità esclusiva della Direzione Generale cui compete in via esclusiva la formulazione di eventuali interventi ritenuti necessari allo scopo di consentire la continua rispondenza del Modello alle prescrizioni del Decreto ed alle eventuali mutate condizioni della struttura dell'Ente, anche su segnalazione dell'Organismo di Vigilanza.

2.4. DESTINATARI DEL MODELLO

Le regole contenute nel Modello si applicano a tutti coloro che svolgono, anche di fatto, funzioni di gestione, amministrazione, direzione o controllo nell'Ente, ai dipendenti, nonché ai consulenti, collaboratori, procuratori ed, in genere, a tutti i terzi che agiscono a vario titolo per conto dell'Ente.

L'Ente comunica il presente Modello attraverso modalità idonee ad assicurarne l'effettiva conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati, nei modi e nei termini espressamente previsti nel paragrafo 12 del presente Modello.

I soggetti ai quali il Modello si rivolge sono tenuti pertanto a rispettarne puntualmente tutte le disposizioni, anche in adempimento dei doveri di lealtà, correttezza e diligenza che scaturiscono dai rapporti giuridici instaurati con l'Ente.

3. IL PROGETTO "D.Lgs 231"

L'Azienda USL di Viterbo al fine di adeguarsi al dettato normativo imposto dal D.Lgs. n. 231/2001, in particolare alle condizioni esimenti di cui all'art. 6 quali l'adozione d'idonei modelli di organizzazione e di gestione e la nomina dell'Organismo di Vigilanza, coerentemente con le Linee Guida ha deciso di effettuare un complesso di attività che costituiscono "Il Progetto D.Lgs 231" (di seguito il "Progetto").

Il Progetto fa seguito alla Delibera con la quale veniva istituita la Funzione di Internal Auditing, che ha la responsabilità, tra l'altro, di *"definire e supportare, l'implementazione del Modello di prevenzione del rischio dei reati"*.

Tale Progetto ha già consentito di definire lo schema del Modello specifico dell'Azienda USL di Viterbo.

L'Ente, disponendo già di un proprio sistema di organizzazione, gestione e controllo, in occasione della definizione dello schema del Modello, ha potuto verificare l'idoneità di tale sistema esistente - Sistema di Controllo Interno - ad ottemperare alle richieste del Decreto.

Il progetto si è articolato nelle seguenti macro fasi:

Fase I:

Nel corso di tale fase sono state realizzate le seguenti attività:

- Analisi preliminare dell'Ente.

- Risk Assessment ed identificazione delle aree/attività a rischio-reato.

Fase 2:

Nella fase 2 sono stati verificati i controlli generali presenti nell'Ente e i controlli specifici, quelli cioè relativi alle aree di rischio specificamente individuate nella mappa realizzata nel corso della precedente fase I.

Più precisamente si è proceduto a coinvolgere nell'analisi i responsabili di funzione a rischio di reato, elaborare i dati emersi dalle analisi, redigere il Modello.

3.1. LA MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E DEI CONTROLLI

Il processo di adeguamento al dettato del D.Lgs. n. 231/01 dell'esistente Sistema di Controllo Interno dell'Ente ha comportato:

1. la valutazione preventiva di tutta la realtà aziendale, al fine di individuare le fattispecie di reato astrattamente configurabili, in funzione delle caratteristiche dell'Ente e delle tipologie di attività svolte;
2. l'individuazione delle attività a rischio-reato e delle modalità attuative, secondo la metodologia illustrata nel successivo paragrafo;
3. la valutazione dell'esistente Sistema di Controllo interno limitatamente agli aspetti di cui al Decreto attraverso interviste mirate a cui sono stati sottoposti tutti i responsabili di funzione.

3.2. LA VALUTAZIONE PREVENTIVA DELLA REALTÀ AZIENDALE

E' stata effettuata un'analisi preventiva delle fattispecie penalistiche prese in considerazione dal D.Lgs. n. 231/01, procedendo ad escludere dall'indagine della "fase I" quelle ipotesi di reato che neppure in via ipotetica ed astratta fossero configurabili nella realtà dell'Ente.

3.3. L'INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO E LA VALUTAZIONE DEI CONTROLLI

a) Il Risk Self Assessment (Autovalutazione dei rischi)

La mappatura delle aree potenzialmente esposte a rischio di reato e dei controlli esistenti è stata condotta sulla base della *best practice* in materia di analisi dei rischi e delle Linee Guida. Essa consiste in un processo di autovalutazione (c.d. "Control Risk Self Assessment") che l'Ente deve compiere per attivare un sistema di gestione dei rischi coerente con i requisiti imposti dal Decreto.

L'attività di autovalutazione condotta ai fini della mappatura delle attività sensibili e per la rilevazione dei relativi controlli posti a presidio dei rischi rilevati, è stata realizzata attraverso specifiche interviste, supportate da:

- l'analisi preventiva dell'assetto organizzativo aziendale formalizzato negli strumenti dispositivi dell'Azienda e delle attività svolte dalla stessa;
- una Check list per l'individuazione delle attività sensibili potenzialmente esposte a rischio-reato, ed i relativi controlli specifici;
- una Check list per l'analisi del Sistema di Controllo Generale Interno.

Sulla base delle dimensioni dell'Ente e della sua struttura nonché dell'attività svolta, le interviste sono state condotte ai responsabili di ciascuna Funzione Aziendale.

Tali interviste sono state finalizzate a:

- verificare l'effettiva coincidenza delle funzioni espletate nella struttura di competenza dell'intervistato e l'eventuale titolarità di processi ulteriori rispetto a quelli compresi nelle aree di responsabilità formalmente assegnate;

- individuare le tipologie di reato riconducibili all'attività posta in essere nella struttura di competenza dell'intervistato e verificare la probabilità di realizzazione in astratto delle modalità di compimento delle condotte illecite, prese in considerazione nel Decreto.

b) Il Control Self Assessment (CSA) (Autovalutazione dei controlli)

Il Control Self Assessment ha avuto ad oggetto sia gli elementi di controllo specifici (ossia quegli elementi di controllo relativi a ciascuna attività a rischio evidenziata dal singolo intervistato nel corso della Fase I) sia gli elementi di controllo generale.

In particolare per ciascuna delle attività a rischio è stata effettuata una apposita analisi volta a verificare la sussistenza dei seguenti elementi:

- **Regolamentazione:** disciplina dell'attività a rischio (es.: procedura aziendale);
- **Tracciabilità:** elementi che consentano una verifica ex post dell'attività a rischio svolta (ad es.: archiviazione dei documenti originati, sistemi informativi, verbali, individuazione dei soggetti responsabili dell'archiviazione);
- **Regole di comportamento** volte a disciplinare ogni specifico rapporto con la P.A. (es.: protocolli o codici contenenti standard di comportamento);
- **Potere di firma:** documenti giustificativi dei poteri esercitati nello svolgimento dell'attività a rischio (es.: procura, delega);
- **Potere di spesa:** elementi di controllo dei poteri di spesa (es.: autorizzazioni, deleghe);
- **Reporting:** sistematica rendicontazione da parte delle persone chiamate ad effettuare l'attività a rischio (es.: report scritti, relazioni, denunce);
- **Monitoraggio:** controllo sulla correttezza dell'attività svolta dalle diverse funzioni aziendali (es.: rispetto delle regole e delle procedura relative alla corretta archiviazione, al corretto utilizzo dei poteri di firma e di spesa, ecc..).

4. AREE A RISCHIO E CONTROLLI

L'attività di analisi dei processi aziendali, condotta nelle forme e nei modi sopra descritti, ha consentito di individuare quelle aree critiche ove si è ritenuto potesse determinarsi il rischio di commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001, nonché i responsabili dei processi ad esse afferenti.

Per ogni processo sensibile sono state inoltre identificate, attraverso specifici colloqui con i predetti responsabili, le modalità operative e gestionali esistenti e gli elementi di controllo effettivamente presenti, a presidio delle stesse.

Al fine di rilevare quanto il sistema di controllo esistente nell'Ente sia capace di costituire un idoneo presidio dei rischi che vengono riscontrati ed evidenziati nell'attività di Risk Assessment (rilevazione della situazione attuale "As Is"), nonché di rispondere ai requisiti imposti dal D.Lgs. 231/2001, va effettuata un'analisi comparativa ("Gap Analysis") tra il modello organizzativo e di controllo esistente ("As Is") e i principi del modello astratto di riferimento definito ai sensi del D.Lgs. 231/2001 ("To Be").

Propedeutica all'attività di Gap Analysis è quindi l'elaborazione di standard di controllo che rispecchino i principi del modello organizzativo conforme alle prescrizioni del D.Lgs. 231/2001.

Attraverso il confronto operato con la Gap Analysis è possibile individuare eventuali interventi di allineamento del sistema organizzativo e di controllo interno.

In fase di prima attuazione è stata preliminarmente predisposta una griglia dei rischi potenzialmente presenti nell'ambito delle attività svolte direttamente o indirettamente dall'Azienda.

Sulla base di tale griglia, allegata al presente modello, e più in generale della informativa complessiva inerente il Decreto in oggetto, i responsabili delle unità organizzative dell'Ente hanno svolto un'analisi per rilevare, nell'ambito delle attività di competenza, possibili esposizioni a tali rischi, la loro rilevanza e il grado di copertura degli attuali controlli, nonché necessità e proposte di interventi.

In pratica si tratta di un processo di autovalutazione che l'Ente deve compiere per attivare un sistema di gestione dei rischi coerente con i requisiti imposti dal Decreto.

Da una analisi preliminare emerge che vi sono varie aree dell'Ente a rischio dei reati di cui al D.Lgs. 231/2001.

- Sistema Informativo.

Comunque in tutti i settori coinvolti, sulla base di un primo esame con i responsabili, delle varie direzioni, che sono stati sufficientemente sensibilizzati sulla problematica, si ritiene, in prima istanza, adeguato l'attuale sistema di organizzazione, gestione e controllo a supporto di ciascun processo/attività critica.

A regime, con l'istituzione dell'Organismo di Vigilanza, sarà possibile rivedere e approfondire periodicamente il processo, al fine di individuare aree di miglioramento rispetto all'esigenza di prevenzione dei comportamenti illeciti ex D.Lgs 231/2001, e sarà anche possibile valutare il contributo derivante dall'introduzione ed applicazione del Codice Etico.

5. SISTEMA ORGANIZZATIVO

L'Azienda USL di Viterbo rappresenta il principale punto di riferimento per i cittadini residenti nella provincia.

L'Azienda è articolata in strutture ospedaliere e territoriali a loro volta inserite negli ambiti territoriali dei distretti.

Ciascuno degli ospedali dell'Azienda e dei distretti viene assunto con un sistema organizzativo compiuto, dotato di un proprio centro di direzione, integrazione, coordinamento interno e di raccordo con la Direzione Generale, rappresentato dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macrolivelli:

1. La Direzione Generale ti cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche, avendo lo scopo di contribuire alla tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;
2. la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;
3. Il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni organizzative dell'Azienda, ossia con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali;
4. il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

6. CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

L'adozione di principi etici rilevanti ai fini della prevenzione dei reati di cui al Decreto rappresenta un obiettivo del presente Modello. In tale ottica, l'adozione di un Codice Etico quale utile strumento di *governance* costituisce un elemento essenziale del sistema di controllo preventivo. Il Codice Etico, infatti, mira a raccomandare, promuovere o vietare determinati comportamenti a cui possono essere collegate sanzioni proporzionate alla gravità delle eventuali infrazioni commesse.

Il Codice Etico è rivolto a: "dirigenti, dipendenti, consulenti, collaboratori, terzi in genere, che operano per conto dell'Ente" ed introduce principi e regole di condotta in tema di. :

- Osservanza delle leggi tra cui, a titolo esemplificativo, figurano le regole di condotta nei rapporti con la Pubblica Amministrazione ed Autorità Giudiziarie;
- Etica aziendale in cui sono fissati, tra gli altri, principi e regole in materia di conflitto d'interessi e di gestione degli acquisti e del personale;
- Illeciti societari.

Nel Codice Etico viene indicato anche l'Organismo di Vigilanza, deputato al controllo ed all'aggiornamento del Modello organizzativo e di gestione e dei relativi meccanismi di controllo. Sono, inoltre, indicati i principi nel rispetto dei quali provvedere alla sua diffusione nell'azienda, nonché al conflitto tra le disposizioni presenti nello stesso con le disposizioni previste nei regolamenti interni o nelle procedure.

Infine, il Codice raccomanda chiunque venga a conoscenza di violazioni ai principi dello stesso e/o delle procedure che compongono il Modello o di altri eventi suscettibili di alterarne la valenza e l'efficacia, di segnalarle prontamente all'Organismo di Vigilanza.

7. SISTEMA DISCIPLINARE

L'effettiva operatività del Modello è garantita da un adeguato Sistema disciplinare che sanzioni il mancato rispetto e la violazione delle norme contenute nel Modello stesso e dei suoi elementi costitutivi. Simili violazioni devono essere sanzionate in via disciplinare secondo quanto previsto dal Codice Etico, a prescindere dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale.

Il mancato rispetto delle prescrizioni del Modello, nelle sue singole regole comportamentali, da parte dei dipendenti, il cui contratto di lavoro è regolamentato dal CCNL, costituisce illecito disciplinare. Nei riguardi del personale dipendente, le eventuali violazioni alle disposizioni del presente Modello saranno regolate sul piano disciplinare con applicazione delle disposizioni di legge e di contratto.

Nei confronti dei dirigenti eventuali violazioni potranno dare luogo all'applicazione delle misure e dei provvedimenti ritenuti più idonei nel rispetto delle disposizioni di legge, di contratto e aziendali che regolano la materia, in relazione alla gravità della violazione e dell'eventuale reiterazione, nonché in considerazione del particolare vincolo fiduciario che caratterizza il rapporto tra l'Ente ed il lavoratore con la qualifica di dirigente.

In caso di violazione del Modello da parte del Direttore Generale, l'Organismo di Vigilanza informa il Collegio Sindacale affinché possano prendere gli opportuni provvedimenti.

In caso di violazione del Modello da parte di uno o più Sindaci, l'Organismo di Vigilanza informa l'intero Collegio Sindacale ed il Direttore Generale affinché possano prendere gli opportuni provvedimenti.

In caso di violazione del Modello da parte di uno o più membri dell'Organismo di Vigilanza il Direttore Generale, sentito il Collegio Sindacale, provvederà ad assumere le opportune iniziative.

Ogni violazione delle regole previste dal Modello, nonché ogni commissione dei reati, imputabile ai Collaboratori Esterni (ad esempio, fornitori, società di servizio, consulenti o partner), è sanzionata secondo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali inserite nei relativi contratti. Resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni concreti all'Ente, come nel caso di applicazione alla stessa da parte del giudice delle misure previste dal Decreto.

Fin qui

8. ORGANISMO DI VIGILANZA

L'art. 6 comma 1, lett. b) del Decreto prevede, tra i presupposti indispensabili per l'esonero della responsabilità conseguente alla commissione dei reati da questo indicati, l'istituzione di un Organismo dell'Ente denominato Organismo di vigilanza (di seguito "l'Organismo" o "OdV") dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento.

Al fine di soddisfare le funzioni stabilite dalla norma appena richiamata l'Organismo deve soddisfare i seguenti requisiti:

1. autonomia ed indipendenza: come anche precisato dalle Linee Guida, la posizione dell'Organismo nell'Ente "deve garantire l'autonomia dell'iniziativa di controllo da ogni forma di interferenza e/o condizionamento da parte di qualunque componente dell'Ente" (ivi compreso l'organo dirigente).

L'Organismo deve pertanto essere inserito in una posizione gerarchica (la più elevata possibile) con la previsione di un riporto informativo al massimo Vertice operativo aziendale. Non solo, al fine di garantirne la necessaria autonomia di iniziativa ed indipendenza, "è indispensabile che all'OdV non siano attribuiti compiti operativi che, rendendolo partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l'obiettività di giudizio nel momento delle verifiche sui comportamenti e sul Modello".

1. professionalità: tale requisito si riferisce alle competenze tecniche specialistiche di cui deve essere dotato l'Organismo per poter svolgere l'attività che la norma gli attribuisce. In particolare, i componenti dell'Organismo devono avere conoscenze specifiche in relazione a qualsiasi tecnica utile per compiere l'attività ispettiva, consulenziale di analisi del sistema di controllo e di tipo giuridico, (in particolare nel settore penalistico e societario), come chiaramente specificato nelle Linee Guida. E', infatti, essenziale la conoscenza delle tecniche di analisi e valutazione dei rischi, del flow-charting di procedure e processi, delle metodologie per l'individuazione di frodi, del campionamento statistico e della struttura e delle modalità realizzative dei reati.

2. continuità di azione: per garantire l'efficace attuazione del Modello organizzativo, è necessaria la presenza di una struttura dedicata all'attività di vigilanza.

Pertanto, quale organo preposto a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello ed a curarne il continuo aggiornamento; l'ODV deve:

- essere indipendente ed in posizione di terzietà rispetto a coloro sui quali dovrà effettuare la vigilanza;
- essere collocato in una posizione gerarchica la più elevata possibile;
- essere dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;
- essere dotato di autonomia finanziaria;
- essere privo di compiti operativi;
- avere continuità d'azione;
- avere requisiti di professionalità;
- realizzare un sistematico canale di comunicazione con il Vertice dell'Ente.

8.1. INDIVIDUAZIONE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Per la definizione dei requisiti di ineleggibilità e di decadenza nonché per tutti gli aspetti relativi al funzionamento dell'Organismo di Vigilanza si rimanda al documento "Statuto dell'Organismo di Vigilanza".

Per quanto concerne invece i profili organizzativi attinenti al funzionamento dell'Organismo di Vigilanza la regolamentazione, in linea con le indicazioni delle Linee guida in materia, è demandata all'Organismo stesso.

8.2. RESPONSABILITÀ DELL'ODV

I compiti dell'Organismo di Vigilanza sono prevalentemente quelli di:

- vigilare sull'effettività del Modello;
- verificare l'adeguatezza del Modello, valutando la reale idoneità dello stesso a prevenire i reati;
- verificare nel tempo la permanenza dei suddetti requisiti di effettività ed adeguatezza del Modello;
- curare l'aggiornamento del Modello.

Al fine di consentire lo svolgimento dei compiti sopra descritti, l'OdV:

- ha accesso alla documentazione aziendale;
- può avvalersi, sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità, dell'ausilio di tutte le strutture dell'Ente ovvero di consulenti esterni.

Inoltre l'Organismo riceverà una dotazione iniziale di risorse finanziarie, tale da assicurare il corretto svolgimento dei compiti assegnatigli.

8.3. REPORTING DELL'ORGANISMO NEI CONFRONTI DEGLI ORGANI E DEL VERTICE AZIENDALE

L'Organismo di Vigilanza relaziona i risultati della propria attività al Direttore Generale ed al Collegio Sindacale ed in particolare riferisce in merito all'attuazione del Modello e all'emersione di eventuali criticità ad esso connesse.

Più precisamente, nei modi stabiliti dallo Statuto, l'OdV deve riferire: in modo continuativo al Direttore Generale e periodicamente, a cadenza almeno semestrale, al Collegio Sindacale.

Gli incontri con gli organi societari cui l'Organismo riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali è custodita dall'Organismo nell'apposito archivio.

L'Organismo potrà essere convocato in qualsiasi momento dai suddetti organi e potrà a sua volta presentare richiesta in tal senso, al fine di riferire in merito al funzionamento del Modello ed a situazioni specifiche, direttamente ed indirettamente inerenti l'applicazione del Modello e/o l'attuazione del Decreto.

8.4. FLUSSO INFORMATIVO NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'art. 6, 2° comma, lett. d del D. Lgs. n. 231/01, impone la previsione nel Modello di Organizzazione di obblighi informativi nei confronti dell'Organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello stesso.

L'obbligo di un flusso informativo strutturato è concepito quale strumento per garantire l'attività di vigilanza sull'efficacia ed effettività del Modello e per l'eventuale accertamento a posteriori delle cause che hanno reso possibile il verificarsi dei reati previsti dal Decreto.

Al fine di consentirne effettività ed efficacia di azione, all'Organismo di Vigilanza deve essere segnalata ogni eventuale violazione del presente Modello.

Tutti i dipendenti, dirigenti e tutti coloro che cooperano al perseguimento dei fini dell'Ente, sono pertanto tenuti ad informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza in ordine ad ogni violazione del Modello e dei suoi elementi costitutivi e ad ogni altro aspetto potenzialmente rilevante ai fini dell'applicazione del Decreto.

Le informazioni fornite all'Organismo di Vigilanza mirano a migliorare le sue attività di pianificazione dei controlli e non comportano un'attività di verifica puntuale e sistematica di tutti i fenomeni rappresentati.

In particolare ciascuno negli ambiti di propria competenza e responsabilità deve tempestivamente trasmettere all'Organismo di Vigilanza le informazioni concernenti:

- provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di attività di indagine per i reati di cui al Decreto, avviate anche nei confronti di ignoti;
- ogni violazione del Modello e dei suoi elementi costitutivi e ad ogni altro aspetto potenzialmente rilevante ai fini dell'applicazione del Decreto;
- rapporti predisposti dai responsabili delle funzioni aziendali o degli organi esterni di certificazione nell'ambito delle attività di controllo svolte, dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto alle norme del Decreto;
- notizie relative ad eventuali procedimenti disciplinari ed alle relative sanzioni irrogate (compresi i provvedimenti motivati di archiviazione dei procedimenti disciplinari);
- ogni eventuale modifica e/o integrazione al sistema di deleghe e procure;
- l'esistenza di attività aziendali risultate e/o percepite come prive in tutto o in parte di apposita e/o adeguata regolamentazione;
- ogni eventuale emanazione, modifica e/o integrazione alle procedure operative.

Il mancato adempimento dell'obbligo di comunicazione delle suddette informazioni configura comportamento sanzionabile ai sensi del Sistema Disciplinare.

L'Organismo, nelle ipotesi di segnalazioni e denunce, agirà in modo da garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando altresì l'anonimato del segnalante e la riservatezza dei fatti dal medesimo segnalati, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti dell'Ente, nonché la reputazione del/dei segnalato/i.

8.5. RACCOLTA E CONSERVAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Ogni informazione, segnalazione, report previsti nel presente Modello sono conservati dall'Organismo di Vigilanza in un data base informatico o cartaceo, custodito in un apposito archivio, per un periodo non inferiore ad anni cinque.

8.6. OBBLIGHI DI RISERVATEZZA DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo ha l'obbligo di non divulgare le notizie e le informazioni acquisite nell'esercizio delle proprie funzioni, assicurandone la riservatezza ed astenendosi dal ricercare ed utilizzare le stesse, per fini diversi da quelli indicati dall'art. 6 D.Lgs. 231/01. In ogni caso, ogni informazione in possesso dell'Organismo è trattata in conformità con la legislazione vigente in materia ed, in particolare, in conformità con il Testo Unico in materia di protezione dei dati personali di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

9. PROCEDURE OPERATIVE

Come chiarito anche dalle Linee Guida, il Modello e, nell'ambito di questo, le procedure aziendali, devono assicurare il rispetto di un adeguato sistema di controllo.

Le procedure con cui vengono effettuati i controlli devono garantire la possibilità di ripercorrere le attività di controllo effettuate, in modo tale da consentire la valutazione circa la coerenza delle metodologie adottate (autovalutazione, indagini a campione, ecc.), e la correttezza dei risultati emersi (es.: report degli audit).

A tal fine va sottolineato come al Sistema dei Controlli Interni (S.C.I.) l'Ente stia dando sempre maggiore attenzione.

Tale sistema è principalmente focalizzato sul monitoraggio dei rischi e la diffusione di una cultura del Controllo ed in linea con le recenti normative e indicazioni delle Autorità di Vigilanza è articolato su tre livelli:

1. i *controlli di linea*, diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle operazioni. Essi sono incorporati nelle procedure o eseguiti dalle stesse strutture produttive;

2. i *controlli sulla gestione dei rischi*, affidati a strutture diverse da quelle produttive. Essi hanno l'obiettivo di concorrere alla definizione delle metodologie di misurazione del rischio; di verificare il rispetto dei limiti assegnati alle strutture operative; di controllare la coerenza dell'operatività con gli obiettivi di rischio-risultato fissati;
3. la *revisione interna (internal auditing)*, che ha la funzione di individuare andamenti anomali, violazioni delle regole e delle procedure, nonché valutare la funzionalità complessiva del sistema dei controlli interni.

10. GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

Il processo di gestione delle risorse finanziarie si riferisce alle attività relative ai flussi monetari e finanziari in entrata e uscita per l'adempimento delle obbligazioni di varia natura, i quali in sostanza possono essere ricondotti ai seguenti macro-gruppi:

- **flussi di natura istituzionale** relativi alle prestazioni erogate;
- **flussi di natura ordinaria**, connessi ad attività/operazioni correnti quali, a titolo esemplificativo, gli acquisti di beni e servizi, gli oneri finanziari, fiscali e previdenziali, gli stipendi e i salari;

In particolare, nel rispetto dei principi di trasparenza, verificabilità e inerenza all'attività aziendale, tale processo di gestione comprende le seguenti fasi:

- pianificazione, da parte delle singole funzioni, del fabbisogno finanziario periodico e/o spot e comunicazione-debitamente autorizzata- alla Funzione competente;
- predisposizione (da parte della Funzione competente) delle risorse finanziarie necessarie alle scadenze stabilite ove programmabili;
- richiesta di disposizione di pagamento debitamente formalizzata;
- verifica della corrispondenza tra l'importo portato dalla documentazione di spesa e la disposizione di pagamento secondo le modalità di esecuzione prescelta.

Sempre sulla base dei principi indicati nelle Linee Guida, il Sistema di controllo relativo al processo di gestione delle risorse finanziarie si basa sugli elementi qualificanti della separazione di ruolo nelle fasi chiave del processo, adeguatamente formalizzata, e della tracciabilità degli atti e dei livelli autorizzativi da associarsi a tutte le diverse operazioni.

11. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE

In linea con quanto disposto dal D.lgs 231/2001 e dalle Linee Guida, l'Ente darà piena pubblicità agli elementi essenziali del presente Modello, al fine di assicurare la conoscenza di tutti i suoi elementi.

La comunicazione sarà capillare, efficace, chiara e dettagliata, con aggiornamenti periodici connessi ai mutamenti del Modello, in osservanza di quanto previsto dalle Linee Guida.

Destinatari della comunicazione saranno: tutti i dipendenti (impiegati e dirigenti) a partire dall'approvazione; i nuovi dipendenti al momento dell'assunzione; i collaboratori al momento della stipula del contratto.

Per quanto riguarda i soggetti diversi dai dipendenti ed in particolare ai consulenti, collaboratori, ed, in genere, a tutti i terzi che agiscono per conto dell'Ente nei confronti della Pubblica Amministrazione la comunicazione avrà per oggetto:

- il Codice di condotta;
- le regole previste per il personale non dipendente dell'Ente.

Al fine di garantire l'effettiva conoscenza del Modello e sensibilizzare il personale sul rispetto della normativa e sull'osservanza dei principi e dei protocolli previsti dal Modello, saranno previste specifiche attività formative definite all'interno di apposito e organico piano formativo. Il Piano formativo deve essere articolato, in relazione ai contenuti e alle modalità di erogazione, in funzione della qualifica dei destinatari e del livello di rischio dell'area in cui operano.

L'Organismo di Vigilanza monitora e verifica l'effettivo svolgimento delle attività di comunicazione e formazione, prestando ove occorra la propria collaborazione alle strutture aziendali competenti.

Internal Auditing

STATUTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

EX D.LGS. N. 231/2001

- REV. 01 -

INDICE

1. SCOPO ED AMBITO DI APPLICAZIONE.....	3
2. NOMINA E COMPOSIZIONE.....	3
3. CESSAZIONE DALL'INCARICO	3
4. DURATA IN CARICA	4
5. RIPORTO INFORMATIVO	4
6. REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ E DI ONORABILITÀ	4
7. OBBLIGHI.....	5
8. CAUSE D'INELEGGIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ	5
9. POTERI DELL'ORGANISMO.....	5
10. COMPITI DELL'ORGANISMO	6
11. RIUNIONI PERIODICHE	6
12. VERBALIZZAZIONE DELLE RIUNIONI	6
13. REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA	7
14. VALIDITÀ DELLE DELIBERAZIONI	7
15. RESPONSABILITA'	7

1. SCOPO ED AMBITO DI APPLICAZIONE

È istituito presso l'Azienda USL di Viterbo (di seguito Azienda) un Organo con funzioni di vigilanza e controllo (di seguito "Organismo di Vigilanza") in ordine al funzionamento, all'efficacia, all'adeguatezza ed all'osservanza del modello di organizzazione, gestione e controllo (di seguito "Modello") adottato dall'Azienda allo scopo di prevenire i reati dai quali possa derivare la responsabilità amministrativa dell'Azienda, in applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 231/2001, recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della L. n. 300/2000".

2. NOMINA E COMPOSIZIONE

- 2.1 L'Organismo di Vigilanza è un organo collegiale, composto da 3 componenti, dei quali uno con funzione di Presidente.
- 2.2 I componenti sono nominati dalla Direzione Generale dell'Azienda.
- 2.3 La Direzione Generale provvede, altresì, come al precedente comma, alla nomina del Presidente dell'Odv che ha il compito di provvedere all'espletamento delle formalità relative alla convocazione, alla fissazione degli argomenti da trattare e allo svolgimento delle riunioni collegiali.
- 2.4 La nomina dell'Organismo di vigilanza deve essere resa nota a ciascun componente nominato e da questi formalmente accettata. L'avvenuto conferimento dell'incarico sarà, successivamente, formalmente comunicato a tutti i livelli aziendali, anche mediante la illustrazione dei poteri, compiti, responsabilità dell'Organismo di vigilanza, nonché della sua collocazione gerarchica ed organizzativa e delle finalità della sua costituzione.
- 2.5 L'Odv si avvale del Responsabile della Funzione di Internal Auditing dell'Azienda con funzione di Segretario.

3. CESSAZIONE DALL'INCARICO

- 3.1 La revoca dell'Organismo di vigilanza e di ciascun componente compete esclusivamente alla Direzione Generale, sentito il Collegio Sindacale.
- 3.2 Ciascun componente dell'Organismo di vigilanza non può essere revocato, salvo per giusta causa.

A tale proposito, per giusta causa di revoca dovrà intendersi:

- l'interdizione o l'inabilitazione, ovvero una grave infermità che renda il componente dell'Organismo di Vigilanza inidoneo a svolgere le proprie funzioni di vigilanza, o un'infermità che, comunque, comporti l'assenza dall'esercizio delle sue funzioni per un periodo superiore a tre mesi;
- l'attribuzione ai membri dell'Organismo di Vigilanza di funzioni e responsabilità operative, ovvero il verificarsi di eventi, incompatibili con i requisiti di autonomia di iniziativa e di controllo, indipendenza e continuità di azione, che sono propri dell'Organismo di Vigilanza;
- un grave inadempimento dei doveri propri dell'Organismo di Vigilanza;
- una sentenza di condanna dell'Ente ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001, passata in giudicato, ovvero un procedimento penale concluso tramite c.d. "patteggiamento", ove risulti dagli atti "l'omessa o insufficiente vigilanza" da parte dell'Organismo di Vigilanza, secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lett. d) del D.Lgs. n. 231/2001;
- una sentenza di condanna passata in giudicato, a carico dei componenti dell'Organismo di Vigilanza per aver personalmente commesso uno dei reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001;
- una sentenza di condanna passata in giudicato, a carico del componente dell'Organismo di Vigilanza, ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;

- il sopraggiungere di una delle cause di ineleggibilità di cui al successivo punto 8.

Nei casi sopra descritti in cui sia stata emessa una sentenza di condanna, il Direttore Generale, nelle more del passaggio in giudicato della sentenza, potrà altresì disporre, sentito il Collegio Sindacale, la sospensione dei poteri del membro dell'Organismo di Vigilanza. In tal caso il Direttore Generale potrà nominare in via provvisoria dei sostituti, fino all'interruzione della sospensione dei membri permanenti.

- 3.3 Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza potrà recedere in ogni momento dall'incarico mediante preavviso che avrà effetto 3 mesi dopo la ricezione, da parte dell'Azienda, della relativa comunicazione scritta.

4. DURATA IN CARICA

4.1 Al fine di garantire l'efficace e costante attuazione del Modello, nonché la continuità d'azione, la durata dell'incarico è fissata fino ad un periodo massimo di anni tre, rinnovabile. In ogni caso, ciascun componente rimane in carica fino alla nomina del successore, ferma la possibilità di recedere di cui al punto 3.3.

5. RIPORTO INFORMATIVO

L'Organismo di Vigilanza provvederà ad informare dell'attività svolta il Direttore Generale in modo continuativo ed il Collegio Sindacale con cadenza periodica (semestrale o annuale come di seguito descritto, ovvero ogni qualvolta lo reputi opportuno).

In particolare, l'Organismo deve predisporre:

- con cadenza semestrale, una relazione di sintesi avente ad oggetto le attività complessivamente svolte, le criticità e le carenze riscontrate nei processi aziendali, i necessari e/o opportuni interventi correttivi/migliorativi del Modello e del loro stato di realizzazione;
- con cadenza annuale, un rapporto scritto avente ad oggetto i risultati ottenuti dall'attività svolta ed il piano di lavoro per il successivo periodo di riferimento (piano di audit).

6. REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ E DI ONORABILITÀ

6.1 Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza non deve avere un profilo professionale e personale che possa pregiudicare l'imparzialità di giudizio, l'autorevolezza e l'eticità della condotta.

6.2 E' necessario che l'Organismo di Vigilanza sia dotato delle seguenti.

a) Competenze:

- conoscenza dell'organizzazione e dei principali processi aziendali tipici del settore in cui l'Azienda opera;
- conoscenze giuridiche tali da consentire l'identificazione delle fattispecie suscettibili di configurare ipotesi di reato;
- capacità di individuazione e valutazione degli impatti, discendenti dal contesto normativo di riferimento, sulla realtà aziendale;

- conoscenza di principi e tecniche proprie dell'attività svolta dall'Internal Auditing;
- conoscenza delle tecniche specialistiche proprie di chi svolge attività "ispettiva" e "consulenziale".

b) Caratteristiche personali:

- un profilo etico di indiscutibile valore;
- oggettive credenziali di competenza sulla base delle quali poter dimostrare, anche verso l'esterno, il reale possesso delle qualità sopra descritte.

7. OBBLIGHI

7.1 I componenti dell'Organismo di Vigilanza devono adempiere al loro incarico con la diligenza richiesta dalla natura dell'incarico stesso, dalla natura dell'attività esercitata e dalle loro specifiche competenze.

7.2 Nell'esercizio delle sue funzioni, l'Organismo di Vigilanza deve improntarsi a principi di autonomia ed indipendenza.

7.3 I componenti dell'Organismo di Vigilanza sono tenuti al rispetto degli obblighi di riservatezza in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle loro funzioni.

8. CAUSE D'INELEGGIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ

8.1 Al fine di garantire l'autonomia e l'indipendenza dell'Organismo, possono essere nominati sia membri esterni sia membri interni, privi di compiti operativi. Qualora questi ultimi dovessero sorgere, il membro interessato dovrà astenersi dalle decisioni.

8.2 Non potranno essere nominati componenti dell'Organismo di Vigilanza coloro i quali abbiano riportato una condanna - anche non definitiva - per uno dei reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001. I componenti dell'organismo non dovranno avere vincoli di parentela con i componenti degli organi collegiali e/o con il Direttore Generale e/o con la società di revisione, nè dovranno essere legati all'Ente da interessi economici, o trovarsi in qualsiasi situazione che possano generare conflitto di interesse tale da inficiarne l'obiettività di giudizio.

8.2.1 Eventuali compensi per i componenti dell'Organismo di Vigilanza non integrano le ipotesi di conflitto d'interesse (Cfr. paragrafo 16).

8.3 Ove il Presidente o un componente dell'Organismo incorrano in una delle cause di ineleggibilità e/o incompatibilità suddette, ne dovranno dare comunicazione al Consiglio di Amministrazione, il quale, esperiti gli opportuni accertamenti e sentito l'interessato, stabilisce un termine non inferiore a 30 giorni entro il quale deve cessare la situazione di ineleggibilità e/o incompatibilità. Trascorso tale termine senza che la predetta situazione sia cessata, la Direzione Generale deve revocare il mandato e procedere tempestivamente ad una nuova nomina.

9. POTERI DELL'ORGANISMO

9.1 Per esercitare efficacemente le proprie funzioni l'Organismo di Vigilanza ha poteri ispettivi e di controllo, in particolare:

- ha accesso a tutti i documenti e tutte le informazioni presso tutte le funzioni dell'Azienda ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal D. Lgs. 231/2001;
- può richiedere, sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità, l'ausilio di funzioni dell'Azienda, dandone preventiva informazione al Direttore Generale, ovvero di consulenti esterni per lo svolgimento dei compiti previsti dal D. Lgs. 231/2001.

10. COMPITI DELL'ORGANISMO

10.1 L'Organismo di Vigilanza vigila sull'efficacia e sull'aggiornamento del Modello e/o dei suoi elementi costitutivi

10.2 L'Organismo di Vigilanza deve in particolare:

- verificare l'efficienza ed efficacia del Modello;
- sviluppare sistemi di controllo e monitoraggio tesi alla ragionevole prevenzione delle irregolarità ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001;
- verificare il rispetto degli standard di comportamento e delle procedure previste dal Modello e rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali, mediante analisi dei flussi informativi e delle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni;
- riferire periodicamente al Direttore Generale/Collegio Sindacale circa lo stato di attuazione e l'operatività del Modello;
- promuovere e/o sviluppare, di concerto con le funzioni aziendali a ciò preposte, programmi di informazione/formazione e comunicazione interna, con riferimento al Modello, agli standard di comportamento e alle procedure adottate ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001;
- segnalare al Direttore Generale, per gli opportuni provvedimenti, quelle violazioni accertate del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Azienda;
- formulare proposte al Direttore Generale, di eventuali aggiornamenti ed adeguamenti del Modello organizzativo adottato e dei suoi elementi costitutivi.

11. RIUNIONI PERIODICHE

11.1 L'organismo di Vigilanza deve riunirsi almeno con cadenza mensile e, comunque, ogni qual volta se ne presenti la necessità e/o l'opportunità.

12. VERBALIZZAZIONE DELLE RIUNIONI

12.1 Delle riunioni dell'organismo di Vigilanza deve redigersi un verbale, trascritto in un apposito libro conservato a cura dell'Organismo di Vigilanza.

12.2 Dal suddetto verbale devono risultare:

- i nomi dei componenti presenti;
- l'ordine del giorno e le sue eventuali integrazioni;
- per ogni argomento trattato, le dichiarazioni a verbale ove richieste;
- la delibera adottata.

12.3 Il verbale deve essere sottoscritto dagli intervenuti.

13. REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

13.1 La definizione degli aspetti attinenti alla continuità di azione dell'Organismo, la calendarizzazione delle attività, la verbalizzazione delle riunioni, la determinazione delle cadenze temporali dei controlli e l'individuazione dei controlli e delle procedure di analisi sono oggetto di apposito regolamento che verrà approvato in autonomia dall'Organismo di Vigilanza.

14. VALIDITÀ DELLE DELIBERAZIONI

14.1 Per la validità delle deliberazioni dell'Organismo di Vigilanza è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti in carica.

14.2 Le deliberazioni dell'Organismo di Vigilanza sono prese a maggioranza assoluta dei presenti. Ciascun componente dell'organismo ha diritto ad un voto, ad eccezione del Presidente al quale spettano, in caso di parità, due voti. Il voto è palese, salvo il caso in cui sia diversamente stabilito dall'Organismo stesso.

14.3 Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza presente alla riunione ha diritto di fare iscrivere a verbale i motivi del suo dissenso.

14.4 Il componente dell'Organismo di Vigilanza che, nello svolgimento di una determinata attività, si trovi in una situazione di conflitto d'interesse tale da determinare in concreto una divergenza tra l'interesse dell'Ente e quello personale, deve darne comunicazione agli altri componenti, astenendosi dal partecipare alle riunioni e alle deliberazioni relative, pena l'invalidità della delibera adottata.

15. RESPONSABILITÀ

15.1 Tutti i componenti dell'Organismo di Vigilanza sono solidalmente responsabili nei confronti dell'Ente dei danni derivanti dall'inosservanza degli obblighi di diligenza nell'adempimento delle proprie funzioni e degli obblighi di legge imposti per l'espletamento dell'incarico.

15.2 La responsabilità per gli atti e per le omissioni dei componenti dell'Organismo di Vigilanza non si estende a quello di essi che, essendo immune da colpa, abbia fatto iscrivere a verbale il proprio dissenso ed abbia provveduto a darne tempestiva comunicazione al Direttore Generale.

15.3 Le ipotesi di comportamento negligente e/o imperizia da parte dei componenti dell'Organismo di Vigilanza che abbia dato luogo ad omesso controllo sull'attuazione, sul rispetto e sull'aggiornamento del Modello sono sanzionabili ai sensi del Sistema Disciplinare.

CURRICULUM VITAE ROBERTO MALUCELLI

DATI ANAGRAFICI:

- Nome e Cognome **ROBERTO MALUCELLI**
 - Data e luogo di nascita 03.09.1943 RAVENNA
 - Residenza Via Leone, 8 – 00144 Roma
 - Recapito telefonico cell. 335-6019886
 - Codice fiscale MLCRRT43P03H199H
-

ULTIMA OCCUPAZIONE:

- Direttore Generale
 - AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE (Regione Marche)
 - Data di assunzione : 16.12.2006
 - Data di cessazione incarico: 16.05.2010
 - Luogo di lavoro Ancona
-

TITOLI DI STUDIO:

- Laurea SCIENZE POLITICHE
Indirizzo Storico- economico
 - Università di BOLOGNA
 - Voto 110\110
-

Periodo 2005 – 2006

- Azienda USL La Spezia
- Qualifica funzionale: Direttore Generale

Periodo 2006-2010:

Azienda Sanitaria Unica Regionale- ASUR (Regione Marche)

- Qualifica funzionale: Direttore Generale

Roberto Malucelli



Roma, 2 febbraio, 2012

SPECIALIZZAZIONI E PERFEZIONAMENTI UNIVERSITARI:

1.

Project Management: ruoli organizzativi e tecniche di gestione

- Anno Accademico 1986\1987 presso l' Istituto Universitario Politecnico Milano

2.

Corso di formazione manageriale per i Direttori Generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere della regione Toscana ai sensi del D.lvo 502\92, 229\99 e del Decreto attuativo del Ministro della Sanità 1 Agosto 2000

- Marzo \Luglio 2002, presso Regione Toscana \ Università S. Anna Pisa

3.

Corso di gestione strategica per dirigenti d'impresa

- 6 mesi presso COM srl 42100 Reggio Emilia -Via M.K. Gandhi n. 3

4.

Programmi annuali di aggiornamento permanente ad indirizzo economico - finanziario e sui modelli di gestione per top managers,

- 1990\1991\1992 presso Studio Ambrosetti di Milano

5.

Pianificazione strategica dell'Azienda Sanitaria. Dal management strategico al business planning

- Anno Accademico 2009, presso SDA BOCCONI

6.

Il Codice dei contratti pubblici

- Settembre - Ottobre, 2009
- Istituto universitario organizzatore : Consorzio per l' alta formazione per lo sviluppo della ricerca scientifica in diritto amministrativo Osimo

**PRINCIPALI DOCENZE UNIVERSITARIE O IN ISTITUTI DI FORMAZIONE,
PERIODO 1997-2010**

- 1997-98, **Il Sole 24 Ore- Milano**, Convegno “La nuova Sanità:l’impatto della Riforma –ter sul SSN”

2007, **Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”**- Facoltà di Economia Corso in Economia e Gestione Sanitaria

- 2008, **Ministero Sanità**,

Workshop: suicidio-anoressia, tossico-dipendenza manifestazioni estreme del disagio giovanile: ruolo dell’Azienda Sanitaria

- 2000, **Università La Sapienza di Roma: “Diploma Universitario per Infermieri”**, Docente
- 2003-2004-2005: **Università degli Studi di Siena, Master in Economia Sanitaria per Direttore Generale/Direttore Sanitario**, Docente
- 2004, **Accademia Nazionale di Medicina: “I nodi del servizio Sanitario Italiano: la separazione tra compratori e venditori”**, Docente
- 2006, **Università di Siena, Seminario sulla Formazione di Dirigenti Ospedalieri**, Docente
- 2006, **Accademia nazionale di Medicina: “Regioni e Governo del Servizio Sanitario: Il piano sanitario Regionale”**, Docente
- 2008,**Università Politecnico di Ancona: Master per Direttori di Distretto Sanitario**, Docente
- 2008,**Università di Pisa: Master per Direttori Generali** , Docente
- 2009, **Università di Urbino: Master per Dirigenti Sanitari**, Docente
- 2010, **Università di Macerata, Master per Dirigenti Sanitari della Regione Marche, Direttore del Master e Docente**

PUBBLICAZIONI:

- Titolo “L’Associazionismo tra i Medici di medicina Generale”
- Anno 1986
- Editore Franco Angeli Editori , Milano

- Titolo **Profili di responsabilità del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie**

- Anno 2002
 - Editore Esse Editrice
-

- Titolo **La Responsabilità del medico: professionale, penale, clinica e sociale**

- Anno 2004
 - Editore Iniziative Sanitarie
-

- Titolo **Manuale della Corte dei Conti sul controllo interno (Corte dei Conti)**

- Anno 2005
- Editore Corte dei Conti – Centro Fotolitografico

COLLABORAZIONI CONTINUATIVE A RIVISTE:

- **“Il Sole 24 Ore Sanità”** settimanale Roma
- **“FIASO news”** Aziende periodico della Federazione italiana delle sanitarie ed Ospedaliere
- **Panorama della Sanità** Settimanale sulla Sanità – Iniziative Sanitarie

CONOSCENZA LINGUE STRANIERE :

- Lingua Inglese: ottima
 - Lingua Francese: ottima
-

CURRICULUM LAVORATIVO IN ORDINE CRONOLOGICO

Periodo 01.01.1976 - 30.01.1993

- . Dirigente di Azienda presso una delle maggiori associazioni nazionali di imprese (Lega Nazionale delle Cooperative e Mutue).
 - Funzioni svolte Alta Dirigenza.
 - In anni successivi: direttore dipartimento economico, direttore dipartimento relazioni sindacali e industriali, direttore dell'Ufficio Studi, Presidente del settore delle costruzioni, dell'ingegneria e dell'impiantistica (per un giro di affari di 22.000 miliardi di Lire, con 40.000 dipendenti) Vice Presidente e Direttore del settore delle cooperative di Abitazione. Nel biennio 1990-1992 è Presidente e AD di EUROCC (Consorzio tra le 10 maggiori cooperative europee di costruzione, con sede a Lione); Vice Presidente CICOPA (organizzazione mondiale di rappresentanza delle cooperative di lavoro)
-

Periodo dal 1995 al 1997

Consorzio Sanitaria Lazio s.r.l.

- Qualifica funzionale Direttore

International Foundation of Angiology, con sedi cliniche a Roma, Parigi e Bruxelles

- Qualifica funzionale Direttore

Periodo 1997 - 2000

- Azienda USL Latina
- Qualifica funzionale: Direttore Generale

Periodo 2000 - 2005

- Azienda USL 7 Siena
- Qualifica funzionale: Direttore Generale

DELIBERAZIONE N° **416** del **8 MAG. 2013**
composta di n. **4** pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. **52** allegati

8 MAG. 2013
Pubblicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li **8 MAG. 2013**.....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

8 MAG. 2013
Trasmessa al Collegio Sindacale il :

Viterbo, li **8 MAG. 2013**.....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

8 MAG. 2013
La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :

Viterbo, li **8 MAG. 2013**.....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

Viterbo, li **8 MAG. 2013**.....

IL DIRIGENTE ATT. AMM.VE GEN.
DIREZIONE AZ. E COORD. OO.CC.
Drssa Francesca Gubiotti