



FONDAZIONE I.R.C.C.S.
ISTITUTO NEUROLOGICO “CARLO BESTA”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA

Via Celoria, 11 - 20133 Milano - Tel 02.23941 – Fax 02.70638217 - www.istituto-besta.it C.F. 01668320151 –
P.IVA 04376340156

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO
Ex D.lvo n.231/2001**

INDICE

Titolo I – Parte Generale

Art. 1 – Premessa	pag. 4
Art. 2 – Principi e normativa di riferimento	pag. 5
Art. 3 – Struttura Organizzativa	pag. 6
Art. 4 – Definizioni	pag. 7

Titolo II – Comitato di Valutazione e Sistema dei Controlli

Art. 5 – Comitato di Valutazione – Principi Generali	pag. 9
Art. 6 – Comitato di Valutazione – Regole di Funzionamento	pag. 10
Art. 7 – Comitato di Valutazione – Componenti	pag. 11
Art. 8 – Comitato di Valutazione – Rapporti con la Struttura Organizzativa	pag. 11
Art. 9 – Attività di Controllo	pag. 12

Titolo III – Reati

Art. 10 – Fattispecie di Reato	pag. 13
Art. 11 – Reati contro la Pubblica Amministrazione	pag. 13
Art. 12 – Reati contro il Patrimonio mediante frode	pag. 14
Art. 13 - Delitti contro la personalità individuale	pag. 15
Art. 14 – Violazione norme antinfortunistiche	pag. 15
Art. 15 – Abusi di mercato	pag. 15

Titolo IV – Processi e Regole di Comportamento

Art. 16 – Processi	pag. 16
Art. 17 – Profili di rischio	pag. 18
Art. 18 – Regole di comportamento	pag. 20
Art. 19 – Conflitti di interesse, dovere di lealtà e non concorrenza	pag. 21

Titolo V – Gestione del Personale

Art. 20 – La gestione del Personale ed il Sistema di Incentivazione	pag. 21
Art. 21 – Sistema Disciplinare	pag. 22
Art. 22 – Il Sistema delle Supplenze e Deleghe	pag. 22

ALLEGATI:

1 - Organigramma della Fondazione	pag. 24
2 - a) Procedure ISO	pag. 25
 b) Regolamenti Interni	pag. 27

TITOLO I – PARTE GENERALE

Art. 1 - Premessa

1) Il presente Modello di Organizzazione e Controllo, assunto in applicazione di quanto previsto dal D.lvo n.231/2001, si pone l'obiettivo di individuare le specifiche fattispecie di rischio proprie della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C.Besta di Milano, di seguito Istituto Besta, correlate ai processi di attività sensibili che, in quanto tali, possono dare luogo a responsabilità amministrativa dell'Istituto per illeciti amministrativi dipendenti dalle fattispecie di reato previste dal citato Decreto Legislativo ed applicabili all'Istituto Besta in quanto persona giuridica - Ente Pubblico.

2) In tal senso infatti l'Istituto Besta si configura istituzionalmente quale Fondazione IRCCS di rilievo nazionale, con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato della necessaria autonomia statutaria, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico gestionale, a seguito della trasformazione istituzionale avvenuta, a far tempo dal 15 Luglio 2006, in attuazione di quanto previsto dal D.lvo n. 288/2003 e dei susseguenti atti normativi ed amministrativi assunti dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia.

3) Il punto di riferimento essenziale per l'attività istituzionale è rinvenibile nello Statuto della Fondazione approvato, su proposta della Regione Lombardia, con Decreto del Ministero della Salute del 28 Aprile 2006 che ha contestualmente sancito la trasformazione del preesistente IRCCS in Fondazione IRCCS. Con tale atto sono state tra l'altro definite la Mission della Fondazione, le attribuzioni dei diversi Organi e la loro composizione.

4) Il Modello di organizzazione e Controllo è approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione, in attuazione di quanto previsto dall'art. 6 del D.lvo n. 231/2001; il CDA e tutti gli Organi, le diverse articolazioni organizzative ed i dipendenti, collaboratori a diverso titolo, consulenti e partner commerciali/finanziari dell'Istituto Besta, in quanto soggetti destinatari del Modello, sono formalmente impegnati al suo rispetto ed applicazione, contestualmente alle norme e ai principi di carattere generale dettati dal Codice Etico.

5) Il Modello e i suoi contenuti sono portati a conoscenza di tutti i soggetti destinatari con le più idonee modalità atte a garantirne l'effettività di applicazione. In tal senso il Modello va sottoposto ad un continuo monitoraggio avuto particolare riguardo anche all'individuazione di idonei sistemi di prevenzione dei reati contemplati dallo stesso.

6) Il Codice Etico ed il Modello di Organizzazione e Controllo che costituiscono nel loro insieme il Codice Etico Comportamentale vengono altresì pubblicati sul sito Internet dell'Istituto Besta.

7) L'attività di formazione finalizzata alla diffusione della conoscenza del Modello e della normativa di riferimento è differenziata nei contenuti e modalità di erogazione, in funzione della qualifica rivestita dai destinatari, della loro posizione nell'ambito dell'organizzazione aziendale e del livello di rischio conseguente.

Art. 2 - Principi e normativa di riferimento

1) Le indicazioni e disposizioni contenute nel presente Modello, che si ispirano alle linee guida emanate dalla Regione Lombardia con DGR n. 3776 del 13 Dicembre 2006 per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere, presuppongono e si correlano con le procedure e sistemi di controllo già in atto presso l'Istituto, nonché con le specifiche discipline di settore proprie della natura pubblica dell'Ente.

2) In particolare si richiamano in tal senso:

- Il D.lvo n. 163 del 12/4/2006 e sm.i c.d. Codice degli Appalti, in tema di procedure di acquisizione di Beni, servizi , lavori e forniture con particolare riferimento alle modalità di scelta del contraente e alla trasparenza delle procedure di Gara;
- La disciplina concorsuale del personale del SSN nonché ogni altra modalità regolamentare disciplinante la selezione di rapporti collaborativi con l'Istituto Besta;
- Le procedure ISO-9000 Vision 2000 relative ai processi di qualità aziendale;
- I Regolamenti adottati e vigenti in Istituto con particolare riferimento alle disposizioni applicative della Legge n. 241/90 in tema di Procedimento amministrativo ed accesso agli atti, del D.lvo n. 196 del 30 Giugno 2003 e alle direttive del Garante in tema di Privacy, avuto particolare riguardo al trattamento dei dati sensibili e genetici, della gestione delle liste d'attesa.
- Progetti di Risk Management adottati dall'Istituto Besta in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale in materia.

3) La verifica sull'attuazione corretta ed efficace del Modello viene demandata ad un apposito Comitato di valutazione (C.d.V) che ha il compito di monitorare i comportamenti aziendali ed i relativi scostamenti nonché di rilevare le informazioni circa le attività rilevanti poste in essere dalle diverse articolazioni aziendali.

Art. 3 - Struttura Organizzativa

1) La strutturazione organizzativa dell'Istituto ed i correlati livelli di responsabilità sono definiti dallo Statuto approvato, su proposta della Regione Lombardia, con D.M. del Ministero della Salute del 28 Aprile 2006, in attuazione delle disposizioni contenute nel D.Lvo n. 288/2003, nonché dal Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale vigente.

2) L'Organigramma aziendale (All. 1 al presente Modello) definisce sinteticamente l'articolazione organizzativa ed i rapporti gerarchici in essere.

3) In particolare compete al Consiglio di Amministrazione, diretto dal suo Presidente al quale spetta la rappresentanza legale, esercitare le funzioni di indirizzo e controllo nonché ogni altra attribuzione così come definita dall'art. 13 dello Statuto, mentre al Direttore Generale compete la gestione dell'Istituto e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi fissati dal CDA (art. 16 dello Statuto). Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di Ricerca scientifica coadiuvato dal Comitato Tecnico-Scientifico e gestisce il relativo Budget concordato annualmente con il Direttore Generale (art. 17 dello Statuto). Infine il Collegio di Direzione coadiuva il Direttore Generale nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, nella formulazione dei programmi formativi, della programmazione/valutazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

4) A fini ricognitivi di quanto previsto dagli artt. 5 e 7 del D.lvo n.231/2001, sono da considerarsi soggetti apicali dell'Istituto Besta, anche sulla base delle vigenti disposizioni in materia di contratti di lavoro, i sottoindicati Soggetti:

- Il Presidente della Fondazione ed i componenti del Consiglio di Amministrazione.
- Il Direttore Generale.
- Il Direttore Scientifico.
- I componenti il Collegio dei Sindaci.
- Il Direttore Sanitario.
- Il Direttore Amministrativo.
- I Direttori dei Dipartimenti gestionali e funzionali.
- Il Direttore Medico di Presidio.
- I Direttori di Unità Operativa Complessa.

5) Le relative attribuzioni gestionali, organizzative e funzionali sono esplicitate nello Statuto e nel Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale, nonché in ogni altra specifica disposizione di Legge e/o regolamentare individuante specifiche attribuzioni e responsabilità.

Art. 4 - Definizioni

L'adattamento del Dlgs.vo 8 giugno 2001 n 231, ad un contesto ospedaliero pubblico comporta l'articolazione delle disposizioni in esso contenute sulla base delle seguenti definizioni:

Linee guida: se non diversamente specificato si intende il documento redatto ai sensi della DGR VIII/3776 del 13/12/2006.

Fondazione IRCCS: si intende ciascuna delle Fondazioni IRCCS facenti parte del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia.

Codice Etico Comportamentale: sistema di autodisciplina aziendale finalizzato a regolare l'attività ed i comportamenti posti in essere dalla Fondazione. Esso è costituito dal Codice Etico e dal Modello Organizzativo; l'applicazione è sottoposta al controllo di un Comitato di Valutazione.

Codice Etico: documento ufficiale della Fondazione che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'ente nei confronti dei "portatori di interesse" (dipendenti, fornitori, utenti ecc).

Modello Organizzativo: documento della Fondazione in cui sono riportate le procedure da seguire nello svolgimento delle attività per rispettare i valori ed i principi enunciati nel Codice Etico.

Gruppo di lavoro: organismo interno preposto alla elaborazione ed allo sviluppo del Codice Etico. E' composto dal Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale, quali coordinatori, dai referenti qualità dei Dipartimenti di Neuroscienze, Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, dai Direttori delle UU.OO. Laboratorio Analisi, Gestione Risorse Umane, Provveditorato-Economato, Affari Istituzionali, Funzioni Tecniche, dal Segretario del CdA, dal Dirigente Sitra e da un componente dello Staff della Presidenza. E' compito del Gruppo di Lavoro identificare i principali valori etici espressione della Fondazione.

P.O.F.A.: Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale, documento redatto da ogni singola Azienda Sanitaria ai sensi della DGR 7/14049 dell'8.8.2003 ed eventuali successive modifiche.

Regolamenti aziendali: atti preposti a disciplinare Organismi, Funzioni e Procedure della Fondazione in applicazione della legge della contrattazione collettiva nazionale ed aziendale, nonché delle disposizioni contenute nel POFA.

Carta dei Servizi: atto in cui trovano descrizione i servizi offerti dalla Fondazione e le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni; assume, inoltre, i caratteri di strumento di conoscenza e di promozione per l'Utente.

Destinatari: tutti i dipendenti della Fondazione con qualsivoglia funzione e qualifica, nonché, i "professionisti" che (in forma individuale o quali componenti di un'Associazione professionale) erogano prestazioni in forma coordinata e continuativa nell'interesse della Fondazione, ed i "soggetti" (persone fisiche o giuridiche) cui la Fondazione affida, in via continuativa, lo svolgimento di servizi di sua competenza e la cui attività è di conseguenza pienamente inserita nell'organizzazione stessa della Fondazione.

Terzo: ogni persona, fisica o giuridica, tenuta ad adempiere ad una prestazione d'interesse per la Fondazione o, che, comunque, intrattiene rapporti con la Fondazione senza essere qualificabile come Destinatario.

Utente: ogni persona fisica che rapportandosi con la Fondazione, usufruisce delle prestazioni e dei trattamenti sanitari dalla stessa erogati.

Comitato di Valutazione: Organo collegiale preposto a vigilare in ordine all'efficacia ed all'osservanza del Codice Etico Comportamentale. E' dotato di autonomia ed indipendenza rispetto all'organo di gestione della Fondazione.

Dipartimento: articolazione organizzativa della Fondazione avente quale compito specifico lo svolgimento in maniera coordinata di attività complesse. Struttura di coordinamento.

Struttura Organizzativa Complessa: unità organizzativa complessa, aggregazione di attività omogenee, preposta al coordinamento di più strutture semplici.

Struttura Organizzativa Semplice: unità organizzativa semplice, o funzione di alta specializzazione, cui è assegnata una speciale competenza funzionale.

TITOLO II – COMITATO DI VALUTAZIONE E SISTEMA DEI CONTROLLI

Art. 5 - Comitato di Valutazione - Principi Generali

1) Le funzioni di vigilanza in ordine a quanto previsto dal Codice Etico e dal presente Modello Organizzativo sono affidate ad un Comitato di Valutazione(CdV) composto da n. 3 componenti effettivi e da n. 3 componenti supplenti nominati dal Consiglio di Amministrazione e scelti secondo criteri di professionalità ed esperienza specifica nell'ambito rispettivamente:

- della capacità di valutazione e gestione dei rischi con specifico riferimento all'organizzazione normo-economica;
- di conoscenza delle procedure di organizzazione aziendale sanitaria in particolare per gli Enti pubblici;
- di diritto amministrativo, sanitario, civile, penale.

Almeno uno dei suoi componenti, con funzioni di Presidente, dovrà essere individuato tra soggetti esterni all'Istituto. Il CdV viene nominato contestualmente all'adozione del Modello e dura in carica per un triennio alla scadenza del quale si provvede a nuova nomina; decade comunque entro tre mesi dalla data di scadenza del CDA che lo ha nominato.

2) Il CdV risponde direttamente, nell'esercizio delle sue funzioni, al CDA e al suo Presidente e al Direttore Generale, garantendo una costante attività di monitoraggio del presente Modello organizzativo e proponendo gli aggiornamenti ritenuti necessari al fine del suo adeguamento al mutare delle condizioni aziendali. A tal riguardo Il CdV predisporrà almeno ogni sei mesi una verifica sullo stato d'attuazione delle norme del Codice dandone relazione al CDA e al Direttore Generale, nonché una relazione finale annuale sull'attività svolta da rassegnarsi entro la fine del mese di Febbraio dell'anno successivo.

3) Il CDA ed il suo Presidente, il Direttore Generale nonché il Collegio dei Sindaci possono convocare Il CdV in qualsiasi momento per audizioni ed approfondimenti anche su singole questioni; di tali incontri deve essere redatto apposito verbale conservato agli atti del CdV.

4) I poteri di iniziativa e controllo attribuiti al CdV non possono configurare in alcun modo ambiti di competenza circa interventi modificativi sulla struttura organizzativa aziendale.

5) I compiti principali attribuiti al CdV sono i seguenti:

- Confrontare i comportamenti effettivamente posti in essere all'interno dell'Istituto con quanto disciplinato dal Codice Etico e dal presente Modello.

- Valutare l'adeguatezza del Modello con particolare riferimento alla sua idoneità riguardo sia all'organizzazione dell'Istituto, sia alla prevenzione delle fattispecie di reato di cui al successivo art. 8, raccogliendo, elaborando e conservando tutte le informazioni ritenute necessarie.
- Effettuare periodiche verifiche mirate, anche a campione, avuto particolare riguardo alla gestione dei Processi sensibili di cui al successivo art. 12.
- Proporre gli aggiornamenti del Modello.
- Comunicare con immediatezza alla Presidenza e alla Direzione Generale eventuali accertate violazioni del Modello, comportanti anche condotte prodromiche alla commissione di reato, per l'adozione dei conseguenti provvedimenti di competenza, anche in ordine a quanto previsto dall'art. 331 del c.p.p. In caso di inerzia di tali organi il CdV deve segnalare quanto riscontrato al Collegio Sindacale.

6) Tutta la documentazione afferente l'attività del CdV (report, verbali ecc.) deve essere conservata a cura dello stesso in un apposito archivio; l'accesso a tale archivio oltre che ai componenti del CdV, è consentito, senza possibilità di apporre alcuna modifica alla documentazione esistente, anche al CDA e al suo Presidente, al Direttore Generale e al Collegio dei Sindaci.

Art. 6 - Comitato di Valutazione - Regole di Funzionamento

1) Fermo restando quanto già previsto al precedente art. 4) comma 2) al CdV è assicurato l'uso, anche se non esclusivo, di un idoneo locale per le riunioni, audizioni ed ogni altra attività ritenuta necessaria, garantendo la relativa riservatezza nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/03 a tutela della Privacy; a tale scopo vengono destinati appositi armadi chiudibili a chiave per l'archiviazione dei relativi documenti, anche utilizzando data-base informatici.

2) Il supporto di Segreteria al CdV viene assicurato dalla U.O Affari Istituzionali tramite proprio personale; viene altresì istituita una apposita casella di Posta Elettronica il cui accesso e consultazione è riservato esclusivamente al CdV.

3) Il CdV si riunisce su convocazione del suo Presidente o su richiesta della maggioranza dei suoi componenti; la convocazione è trasmessa con almeno 7 giorni lavorativi di anticipo ed inviata per conoscenza alla Presidenza e alla Direzione Generale della Fondazione; di ogni riunione deve essere redatto apposito verbale da conservarsi agli atti ed inviato in copia alla Presidenza e Direzione Generale.

4) Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza di tutti i componenti del CdV; le relative decisioni sono assunte a maggioranza.

5) In caso di assenza ad un numero di sedute uguale o superiore al 50% rispetto a quelle programmate in un anno è prevista la sostituzione del componente a cura del Consiglio di Amministrazione.

Art. 7 - Comitato di Valutazione - Componenti

1) I componenti del CdV non devono trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità che possa configurare un conflitto d'interessi con le attività istituzionali poste in essere dall'Istituto, al momento della nomina e per tutta la durata dell'incarico. In particolare sono da considerarsi incompatibili i rapporti di parentela con i componenti degli Organi dell'Istituto e con la Dirigenza apicale, nonché i rapporti di natura commerciale e/o consulenziale con l'Istituto.

2) I componenti del CdV dovranno sottoscrivere annualmente una dichiarazione circa la non sussistenza delle situazioni di incompatibilità di cui al precedente comma.

3) Sono da considerarsi cause di decadenza dall'incarico di membro del CdV qualunque forma di responsabilità posta a capo dell'Istituto per omessa o insufficiente vigilanza del CdV, nonché un provvedimento dell'Autorità giurisdizionale riguardo Sentenze di condanna o di patteggiamento comminate a carico di componenti del CdV per uno dei reati di cui ai successivi artt.10,11 , 12 ,13 e 14.

Art. 8 - Comitato di Valutazione - Rapporti con la Struttura Organizzativa

1) Il CdV può esser informato, mediante apposite comunicazioni, da parte dei dipendenti, collaboratori, consulenti, fornitori dell'Istituto nonché da parte delle Associazioni degli utenti , in merito ad eventi che potrebbero ingenerare responsabilità ai sensi del Dl.vo n.231/2001. Tali segnalazioni saranno esaminate dal CdV per l'adozione dei conseguenti provvedimenti, acquisiti comunque tutti gli elementi di valutazione necessari ivi compresa l'audizione degli Organi dell'Istituto, sulla base di un principio di ragionevolezza e presunta fondatezza.

2) Il Cdv, che è dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, ha diritto ad accedere senza alcun limite a tutte le informazioni aziendali che si considerano rilevanti per la sua attività, incluse le segnalazioni acquisite dall'URP, anche mediante audizioni dirette ed acquisizioni documentali. I detti poteri devono essere esercitati nel rispetto della vigente normativa avuto particolare riguardo a quanto previsto in tema di Privacy.

Art. 9 - Attività di Controllo

1) Il sistema dei controlli interni esercitato nell'ambito della complessiva organizzazione dell'Istituto, si pone l'obiettivo precipuo di:

- Accertare l'adeguatezza dei processi aziendali di cui all'articolo 5, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, con riferimento all'attività clinica, di ricerca ed amministrativa.
- Verificare l'affidabilità e la correttezza delle scritture contabili e del sistema di rendicontazione economico-patrimoniale e di quello relativo alla gestione dei dati di attività sanitaria ed amministrativa.
- Garantire l'affidabilità e la salvaguardia del patrimonio aziendale anche con specifico riferimento alla manutenzione degli impianti e alle misure di sicurezza.
- Assicurare la conformità degli adempimenti operativi alle normative esterne ed interne ed alle direttive ed indirizzi aziendali al fine di garantire una efficiente gestione.

2) Il complessivo Processo di controllo si esplica attraverso:

- Il Controllo strategico direzionale che sulla base delle ripartizione di competenze previste dallo Statuto viene attuato dai diversi Organi dell'Istituto e dalle dipendenti struttura organizzative.
- Il Controllo di Gestione che viene svolto alle dirette dipendenze del Direttore Generale.
- Il Controllo di regolarità amministrativa e contabile che viene esercitato dal Collegio dei Sindaci.
- Il Controllo del Sistema Qualità che viene esercitato alle dirette dipendenze del Direttore Generale attraverso l'apposito ufficio.
- Il Controllo delle condizioni di sicurezza:
 - alle dipendenze del Presidente per quanto attiene il Servizio di Protezione e Prevenzione (SPP);
 - alle dipendenze del Direttore Generale per quanto attiene il Risk Management;
- Il Controllo delle condizioni di sicurezza degli assistiti svolto dal Clinical Risk Manager.
- Il Controllo esercitato dal Nucleo di Valutazione.
- Il Controllo esercitato dal CdV.

3) A tali attività si affiancano le modalità di controllo esterno con particolare riferimento a quelle esercitate dalla Regione Lombardia Direzione Generale Sanità e dalla ASL Città di Milano in tema di contabilità, accreditamento, di contratti prestazionali e di flussi informativi, nonché alla vigilanza esercitata dal Ministero della Salute avuto particolare riguardo all'attività di ricerca ed al Ministero

dell'Economia e delle Finanze in tema di flussi contabili e di rispetto delle specifiche disposizioni in tema di contenimento della spesa pubblica.

TITOLO III – REATI

Art. 10 - Fattispecie di Reato

1) In relazione alla responsabilità amministrativa attribuibile all'Istituto Besta per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato, quale soggetto autonomo e distinto rispetto alla persona fisica che ha commesso la fattispecie criminosa, la stessa è circoscritta alle fattispecie di reato indicate espressamente dal D.lvo n.231/2001 ed individuate negli articoli successivi. Tale individuazione tiene anche in considerazione la natura pubblica dell'Istituto.

Art. 11 - Reati contro la Pubblica Amministrazione

1) Rientrano in tale contesto le fattispecie di reato contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.lvo n. 231/2001 che possono investire direttamente, oltrechè la responsabilità personale dei soggetti persone fisiche che hanno posto in essere la condotta criminosa, anche quella dell'Istituto. La disciplina legislativa dettata in tal senso dal Codice Penale e da altre norme speciali deve essere correlata con i profili di responsabilità propri della natura di Ente pubblico dell'Istituto e dei suoi dipendenti e collaboratori a diverso titolo, così come disciplinati dalla L. n.97/2001 e s.m.i. Più in particolare le singole fattispecie di reato che rientrano in tale categoria di responsabilità e rilevanti ai fini della disciplina dettata dal D.lvo n.231/2001 sono così esplicitate:

- a) Reati di corruzione che si sostanziano quando un pubblico ufficiale o un incaricato di un pubblico servizio riceve denaro o altra utilità per compiere, omettere o ritardare un atto del proprio ufficio (artt. 318 , 319 ,319 bis , 319,ter , 320 , 321 , 322 c.p.).I profili di responsabilità dell'Istituto nelle fattispecie considerate riguardano sia comportamenti nei quali propri Amministratori, dipendenti o collaboratori agiscano in qualità di corrotti nei confronti di altri soggetti pubblici e/privati, sia nei casi in cui l'attivazione della condotta corruttiva sia posta in essere da soggetti terzi nei confronti di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio.
- b) Reato di concussione che si sostanzia quando il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio “ abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe o induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o ad un terzo, denaro od altra utilità”(art. 317 c.p.).In questa figura delittuosa i soggetti anzidetti si avvalgono illegittimamente

della loro posizione per procurarsi vantaggi a loro non spettanti. Si tratta di una fattispecie di reato che riguarda esclusivamente i soggetti che svolgono funzioni pubbliche.

- c) Reati di Peculato che si sostanziano in via generale in una appropriazione indebita di denaro o altra cosa altrui, anche approfittando dell'errore altrui, da parte del pubblico ufficiale in ragione del suo ufficio (artt. 314 1 e 2 comma, 316 c.p.).
- d) Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato che si sostanzia quando attraverso l'utilizzo o presentazione di dichiarazioni e/o documenti mendaci o falsi nonché attraverso l'omissione di informazioni, si ottengano contributi, finanziamenti o altre erogazioni da parte dello Stato, Enti Pubblici e Comunità Europee (art. 316 ter ; tale reato è strettamente correlato con la fattispecie disciplinata dall'art. 640 bis).
- e) Reato di Abuso d'Ufficio che si sostanzia in diverse figure criminose (art. 323 c.p.) riconducibili ai casi in cui il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio intenzionalmente ed in violazione di legge, procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale o arreca ad altri un ingiusto danno.
- f) Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio reato che si configura allorquando vi è una violazione del segreto d'ufficio, violazione che consiste nel rivelare notizie o conoscenze per le quali deve permanere il segreto (art. 326 c.p.).
- g) Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio reato che si realizza quando vengono impiegati per proprio od altrui profitto, invenzioni, scoperte o nuove applicazioni scientifiche conosciute per ragioni d'ufficio o servizio e che debbano rimanere segrete (art. 325 c.p.). Si tratta di un reato che, proprio per la natura dell'Istituto anche quale Ente di Ricerca, potrebbe assumere specifica rilevanza.
- h) Omissione o rifiuto di atti di ufficio che si realizza ove intenzionalmente si configuri un ritardo o rifiuto nell'eseguire un atto proprio dell'ufficio ricoperto da parte del pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (art. 328 c.p.).
- i) Reati riguardanti la violazione delle norme in materia di Sciopero che consistono in violazioni alle disposizioni previste nella L.n.146/1990 e sm.i., nonché nelle norme contrattuali di riferimento, sotto il profilo della non garanzia di funzionamento dei servizi pubblici ritenuti essenziali (artt. 330 , 331 , 332 e 333 c.p.).

Art. 12 - Reati contro il Patrimonio mediante frode

1) Rientrano in questo contesto un gruppo di reati caratterizzati dal fatto di conseguire un ingiusto profitto con altrui danno attraverso artifici, raggiri, alterando

il funzionamento di sistemi informatici e/o usando false informazioni e documenti. Si tratta di reati che possono nel concreto configurarsi sia ad es. nella trasmissione volutamente alterata dei flussi informativi riguardanti l'attività di produzione di prestazioni sanitarie, sia quando si tratta di acquisire finanziamenti da altre istituzioni pubbliche ma anche Private ad es. per attività di Ricerca . In particolare:

a) Truffa con il correlato reato di Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche e Frode informatica (art. 640 , 640 bis e 640 ter c.p.).

Art. 13 - Delitti contro la personalità individuale

1) Rientrano in questo contesto un gruppo di reati, previsti dall'art. 5 della L. 11 Agosto 2003 n.228, caratterizzati dal fatto di ridurre l'area di protezione individuale nei confronti di persone attraverso la riduzione o il mantenimento delle stesse, in uno stato di soggezione, mediante violenza, inganno od abuso di autorità nonché di ledere specifiche norme poste a tutela dei minori avuto riguardo alla loro integrità psico-fisica e alla repressione del fenomeno della pornografia infantile. Si tratta di reati e delle conseguenti ipotesi di responsabilità che nel concreto possono realizzarsi attraverso, ad es. la conclusione di contratti con imprese che utilizzano personale non qualificato o comunque irregolarmente inquadrato ai fini normo-economici dei CC.CC.NN.L di riferimento, nonché attraverso l'utilizzo e/o l'acquisizione mediante beni aziendali di materiale pornografico infantile. In particolare:

- a) Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù (art. 600 c.p.).
- b) Pornografia minorile (art. 600 ter c.p.).
- c) Detenzione di materiale pornografico (art. 600 quater c.p.).

Art. 14 - Violazione norme antinfortunistiche

1) Rientrano in questo contesto alcuni reati contemplati nell'ambito dei delitti contro la persona commessi in violazione delle norme poste a tutela della incolumità personale al fine di prevenire gli incidenti sul lavoro, anche con riferimento alla tutela più generale della salute ed igiene sempre negli stessi ambienti. Si tratta di reati che possono configurarsi sia con riferimento alle attività lavorative poste in essere dal personale dipendente, sia ad attività oggetto di appalto. In particolare:

- a) Omicidio colposo (art. 589 , comma 2 c.p);
- b) Lesioni personali colpose (art. 590 comma 3 c.p.)

Art. 15 - Abusi di mercato

1) Rientrano in questo contesto le fattispecie di reato previste dal D.Lgs n.58 del 24 Febbraio 1998 "Testo Unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria ai sensi degli artt. 8 e 21 della L.6 Febbraio 1996,

n.52”. Si tratta di reati afferenti l’uso, a fini di vantaggio personale o di terzi, di informazioni privilegiate che, in ragione della propria attività presso la Fondazione, sono in possesso o a conoscenza di componenti degli Organi di amministrazione e/o di dipendenti e collaboratori/consulenti. In particolare:

a) Abuso di informazioni privilegiate (art. 184 e 187 bis del D.Lgs n.58/1998).

b) Manipolazione del mercato (art. 185 e 187 ter del D.Lgs n. 58/1998).

TITOLO IV – PROCESSI E REGOLE DI COMPORTAMENTO

Art. 16 - Processi

1) I macro Processi che, nel quadro dell’organizzazione dell’Istituto, presentano un carattere di generale trasversalità e particolare rilevanza ai fini di quanto disciplinato dal presente Modello, sono così individuati:

- a) Accesso alle prestazioni sanitarie (in regime di ricovero ed ambulatoriali).
- b) Amministrazione del personale.
- c) Libera Professione.
- d) Privacy.
- e) Acquisto di Beni, servizi e Lavori.
- f) Gestione dei Flussi informativi.
- g) Misure antinfortunistiche.

2) Per ognuno dei Processi sopraindividuati sono altresì enucleate le fasi di attività che si ritengono sensibili e quindi meritevoli di monitoraggio in quanto possono costituire fonte di responsabilità in ordine alle fattispecie di reato in precedenza esposte.

3) Più in particolare:

Processo

fasi di attività

a) accesso alle prestazioni sanitarie

gestione liste d’attesa

(rientra in tale contesto il monitoraggio delle liste e l’individuazione di codici di priorità in ordine alla gravità delle patologie e della differibilità della prestazione, garantendo i principi di equità ed imparzialità nell’accesso);

consenso informato

(il paziente deve essere posto al centro di ogni trattamento e quindi l'Istituto e per esso tutti i propri dipendenti e collaboratori, deve impegnarsi ad individuare le migliori modalità ed i migliori strumenti messi a disposizione dall'attuale tecnologia, assolvendo al meglio i doveri di informazione esaustiva e comprensibile);

b) amministrazione del personale

procedure di selezione

sistema incentivante

formazione

(la trasparenza e l'attenta valutazione delle qualifiche professionali nonché le relative performance ed i sistemi di misurazione/incentivazione, devono costituire il cardine essenziale delle politiche di amministrazione del personale, anche con specifico riferimento all'ambito formativo);

c) libera professione

modalità di accesso

(le norme regolamentari già adottate in Istituto dettano i principi generali della gestione della libera professione intramuraria; in particolare va sottolineato il principio della libera scelta del paziente, la non sussidiarietà della libera professione rispetto alle ordinarie prestazioni garantite dal SSN ed i relativi bilanciamenti, nonché il principio di omnicomprensività dei trattamenti e conseguenti esborsi economici);

d) privacy

protezione dei dati sensibili

(ad ogni livello dell'organizzazione aziendale deve essere garantita la protezione della privacy delle informazioni trattate con particolare riferimento a quelle relative ai c.d dati sensibili sia di carattere personale che di carattere più strettamente sanitario, nonché dei dati genetici che rappresentano una sottospecie di quelli sanitari, conformemente alle indicazioni contenute nel Provvedimento del Garante Privacy del 22 Febbraio 2007 – Autorizzazione al trattamento dei dati genetici);

e) acquisto di beni, servizi, lavori

politiche contrattuali

(criterio fondamentale che deve ispirare la politica contrattuale dell'Istituto è quello della libera competizione al fine di ottenere le migliori condizioni, coniugando la qualità delle forniture con la loro valenza economica; la normativa di riferimento è costituita dal Codice dei Contratti nonché da ogni altra disposizione di Legge nazionale/regionale integrativa e dalle specifiche disposizioni regolamentari interne. I rapporti con i fornitori si conformano al

principio di correttezza e buona fede e devono garantire il normale svolgersi delle procedure di selezione).

f) flussi informativi

flussi informativi sanitari ed amministrativi nei confronti del CDA, dei Ministeri vigilanti, della Regione e della ASL Città di Milano, nonché delle Autorità Comunitarie

(rientrano in tale tipologia di processo tutti i debiti informativi che l'Istituto è tenuto a garantire circa la rendicontazione delle proprie attività, di carattere gestionale sia di carattere amministrativo che sanitario con particolare riferimento alle prestazioni sanitarie erogate - ambulatoriali e di ricovero, gestione registri farmaci -, alle attività di Ricerca e Sperimentazioni Cliniche ed alle attività di carattere amministrativo gestionale ivi comprese le attestazioni e certificazioni afferenti il permanere dei requisiti di accreditamento. Rientrano in tale Processo anche le attività di comunicazione rese al CDA riguardo la complessiva situazione contabile/patrimoniale della Fondazione).

g) misure antinfortunistiche

definizione del Piano della sicurezza ex D.Lgs n.675/96 e provvedimenti conseguenti

(La fondazione si pone il fondamentale obiettivo di tutelare la salute e l'integrità psico-fisica dei propri dipendenti nello svolgimento dell'attività lavorativa, nonché dei diversi soggetti che accedono o svolgono la propria attività lavorativa all'interno delle nostre strutture sanitarie, definendo l'attuazione organica di un Piano Generale della Sicurezza e delle conseguenti misure antinfortunistiche ivi definite).

4) Nell'ambito di ogni processo e fase i relativi flussi di attività sono regolamentati dalle specifiche disposizioni di legge e regolamentari vigenti avuto particolare riguardo alle indicazioni emanate dalla Regione Lombardia, dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché dalle procedure ISO-9000 vision 2000 e dai Regolamenti di cui all'ALL.2) al presente Modello.

Art. 17 - Profili di rischio

- 1) I profili di rischio nell'ambito dei Processi sopraindividuati attengono in particolare :

a) Accesso alle prestazioni sanitarie

gestione impropria delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero non improntata a criteri di progressione temporale/tempestività ed urgenza delle cure. Questo profilo di rischio afferisce a tutte le aree cliniche e di ricerca dell'Istituto e alla Direzione Sanitaria, con probabilità di realizzazione media – entità del danno conseguente sia a carattere interno che esterno rilevante;

b) Amministrazione del personale

applicazione non trasparente/distorta di norme contrattuali e valutative nei confronti del personale della Fondazione. Questo profilo di rischio afferisce all'area direzionale e della gestione del personale (U.O Risorse Umane e SITRA) , nonché alle direzioni dipartimentali e di U.O con probabilità di realizzazione bassa – entità del danno conseguente a carattere interno media;

c) Libera professione

utilizzo improprio dell'attività libero-professionale in sostituzione di quella ordinaria, elusione della normativa fiscale di riferimento. Questo profilo di rischio afferisce a tutte le aree cliniche nelle quali vi siano dipendenti che svolgono attività L.P nonché all'area amministrativa per gli adempimenti amministrativo-contabili, con probabilità di realizzazione di un danno di bassa entità conseguente, sia a carattere interno che esterno;

d) Privacy

indebita conoscenza da parte di soggetti non autorizzati di dati sia aziendali che sensibili di carattere personale. Questo profilo di rischio afferisce a tutte le aree aziendali con particolare riferimento a quelle ove si trattano dati sensibili, con probabilità di realizzazione di un danno di media entità conseguente sia a carattere interno che esterno rilevante;

e) Acquisto di beni, servizi, lavori

rapporti indebiti con i fornitori che configurino pratiche illecite nell'assegnazione delle forniture di beni, servizi e lavori con violazione del principio di libera competizione e di ricerca delle migliori condizioni di qualità/prezzo per la Fondazione. Questo profilo di rischio afferisce nello specifico all'area amministrativa (U.O Provveditorato-Economato ed U.O Funzioni Tecniche in particolare, nonché ai soggetti di area sanitaria coinvolti nelle procedure di acquisizione, con probabilità di realizzazione bassa – entità del danno conseguente sia a carattere interno che esterno rilevante;

f) Flussi informativi

rappresentazione di dati falsi o comunque non veritieri od omissione di dati ed informazioni in modo di alterare la percezione della reale situazione della Fondazione sia nei rapporti interni che esterni. Rientra in questo contesto anche l'eventuale occultamento di documenti o il frapporre ostacoli allo svolgimento delle attività di controllo. Questo profilo di rischio afferisce in particolare sia l'area amministrativa (dati gestionali) che sanitaria (Direzione Sanitaria e strutture cliniche) che scientifica (Direzione Scientifica) relativamente ai flussi di attività e relative codificazioni DRG e prestazioni ambulatoriali, attività di Ricerca, con probabilità di realizzazione bassa – entità del danno conseguente sia a carattere interno che esterno rilevante.

g) Misure antinfortunistiche

mancata adozione del Piano della Sicurezza e del conseguente apprestamento delle misure antinfortunistiche previste dalla vigente legislazione e delle attività formative conseguenti; rientrano in tale contesto anche il mancato svolgimento delle modalità di vigilanza, per quanto di competenza, da espletarsi sulle attività appaltate.

Art. 18 - Regole di comportamento

1) Tutti gli Amministratori, i dipendenti, collaboratori e consulenti della Fondazione devono attenersi a regole di comportamento tali da non configurare sia individualmente che collettivamente, comportamenti e/o attività comunque riferibili alle fattispecie di reato individuate nel precedente Titolo III del presente Modello.

2) In particolare sono espressamente richiamate le specifiche disposizioni relative ai codici comportamentali propri dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni così come definiti contrattualmente e/o legislativamente.

3) E' fatto comunque divieto in via generale di ricevere, promettere od effettuare elargizioni in denaro od in altre beneficiabilità a titolo dei compiti del proprio ufficio, salvo omaggi di modico valore quali normali pratiche di cortesia, di erogare e/o fatturare prestazioni non dovute, di alterare in qualsiasi modo la destinazione propria di finanziamenti destinati alla Fondazione anche attraverso dichiarazioni non veritiere.

Art. 19 - Conflitti di interesse, dovere di lealtà e non concorrenza

1) Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un Amministratore, dipendente/collaboratore/consulente e soggetti persone fisiche o giuridiche che possa risultare di pregiudizio per la Fondazione.

2) Tutti gli Amministratori, i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/ contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi della Fondazione rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

3) I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al Presidente e al Direttore Generale della Fondazione.

TITOLO V – GESTIONE DEL PERSONALE

Art. 20 - La gestione del Personale ed il Sistema di Incentivazione

1) La Fondazione considera il personale fattore strategico di straordinaria importanza, pertanto da parte di tutti i livelli di responsabilità ed – in primis – da parte della direzione aziendale viene dedicata la massima attenzione allo sviluppo strategico delle relative politiche, con l’obiettivo di creare le condizioni e gli strumenti per una loro piena valorizzazione; in tale contesto particolare attenzione dovrà essere riservata allo sviluppo delle professionalità presenti in azienda.

2) La Fondazione assicura la tempestiva e corretta applicazione dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) seguendo le relative direttive regionali ai fini dell’omogeneità di applicazione nel territorio lombardo e anche in relazione alla quantificazione ed alla destinazione di eventuali risorse aggiuntive negoziate con le OO.SS. regionali. Attua la contrattazione aziendale integrativa valorizzando il sistema delle incentivazioni e delle progressioni economiche e di carriera.

3) I contratti collettivi integrativi aziendali hanno l’obiettivo principale di individuare opportunità, sistemi e destinazione di risorse atte a valorizzare le professionalità presenti in azienda ed a riconoscere il merito in termini di impegno e qualità delle prestazioni erogate dai dipendenti.

4) La gestione organizzativa del personale è svolta, sulla base delle direttive gestionali formulate dalle Direzione Generale e Scientifica coadiuvati dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria e dal Collegio di Direzione, nonché dai singoli Direttori di Struttura Complessa. Il personale infermieristico ed ausiliario è gestito da una specifica struttura dirigenziale trasversale (SITRA – Servizio infermieristico, tecnico, riabilitativo e ausiliario) che definisce l'organizzazione del relativo personale al fine di garantire la massima efficienza ed efficacia delle attività sanitarie verificandone la qualità.

5) Il sistema di incentivazione è orientato a premiare concretamente i risultati, in ottica collettiva per il personale del comparto e anche individualmente per i dirigenti, riconoscendone il merito ed evitando riconoscimenti generalizzati.

6) Il personale dirigenziale e del comparto è soggetto a valutazione annuale in base a criteri previsti dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati fra i quali quelli economici definiti con cadenza annuale per ogni centro di responsabilità e quelli più generali di Azienda. Il personale dirigenziale è altresì soggetto a verifica con le scadenze temporali previste dalle disposizioni di legge e contrattuali a cura degli organismi di verifica di cui al DLgs 286/1999 (Nucleo di Valutazione) e dei Contratti Collettivi Nazionali (Collegi Tecnici). Il sistema di valutazione adottato dalla Fondazione è in grado di misurare il livello di raggiungimento degli obiettivi predefiniti.

Art. 21 - Sistema Disciplinare

1) La Fondazione conforma il sistema disciplinare del personale dipendente alle regole stabilite dai contratti collettivi nazionali di lavoro. E' sempre previsto un procedimento trasparente che consente all'inquisito di poter fornire in congruo tempo e con l'assistenza di un rappresentante sindacale di fiducia o di un legale le proprie giustificazioni e che garantisce l'acquisizione degli elementi necessari ad un giudizio obiettivo da parte dell'ufficio preposto.

2) Per il personale del comparto di qualifica non dirigenziale il sistema sanzionatorio è improntato a criteri di gradualità che assicura la proporzionalità della sanzione all'infrazione commessa con l'obiettivo di ottenere il ravvedimento.

Art. 22 - Il Sistema delle Supplenze e Deleghe

1) Il Sistema delle supplenze, nell'ambito della struttura organizzativa dell'Istituto si articola sui sottoindicati livelli di funzione:

- a) Assetto istituzionale;
- b) Assetto dirigenziale.

a) Assetto istituzionale

Nel caso di vacanza, assenza o impedimento temporaneo del Presidente le relative funzioni sono assolte da un Consigliere di amministrazione di volta in volta individuato. L'Esercizio delle funzioni di supplenza non può comunque mai comportare atti di straordinaria amministrazione ivi comprese modifiche, a qualunque titolo, dell'assetto patrimoniale dell'Istituto.

Nel caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore generale , lo stesso viene sostituito dal Direttore Amministrativo o, in assenza di quest'ultimo, dal Direttore Sanitario.

Nel caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore Scientifico , lo stesso viene sostituito dal Vice Direttore Scientifico.

b) Assetto dirigenziale

Per quanto attiene la sostituzione temporanea del Direttore Amministrativo in caso di assenza o impedimento dello stesso , le relative funzioni di supplenza sono esercitate da uno dei Direttori di Struttura Complessa del Dipartimento amministrativo.

Nel caso di vacanza, assenza, impedimento temporanei del Direttore Sanitario le relative funzioni sono esercitate dal Direttore Medico di Presidio o, in assenza di quest'ultimo, per i casi d'urgenza dal medico neurologo in servizio di guardia interdivisionale.

Per quanto riguarda le Strutture Complesse siano esse sanitarie od amministrative, le sostituzioni dei relativi Direttori sono individuate dai rispettivi Direttori di Dipartimento, in via prioritaria, tra i Direttori di Struttura Complessa o tra i Responsabili di Struttura Semplice, dello stesso Dipartimento.

2) Ai fini del conseguimento di una più efficace gestione delle competenze aziendali, viene assunta, con specifico Regolamento aziendale, in via generale e conformemente agli indirizzi previsti nel DL.vo n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, in tema di separazione di competenze tra attività di governo ed attività dirigenziali, il principio della delega di funzioni.

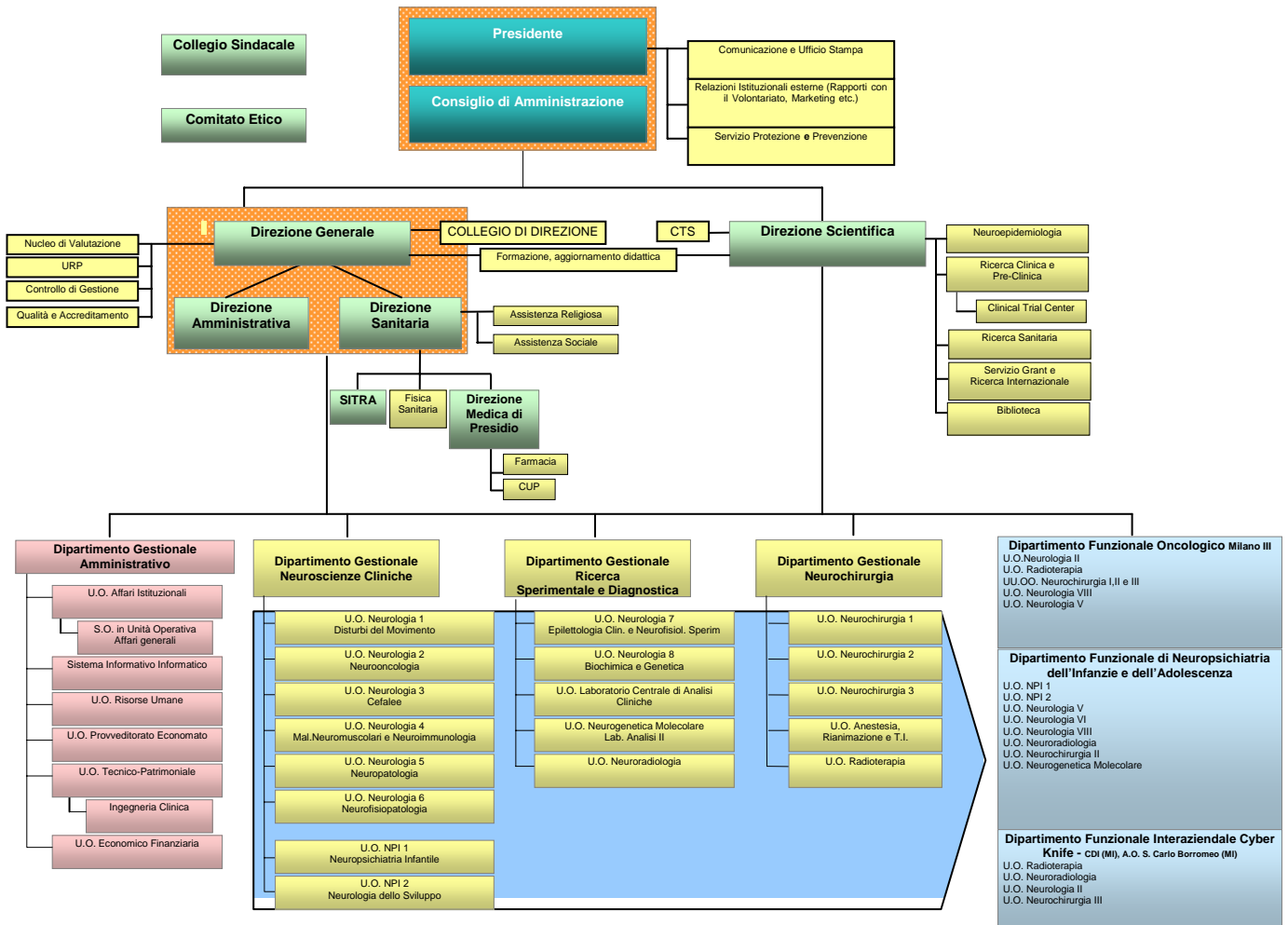
Le predette deleghe sono conferite dal Direttore Generale, ai Direttori Amministrativi di Struttura Complessa, con provvedimento deliberativo; è comunque vietata la sub-delega delle funzioni delegate.

I provvedimenti afferenti le materie oggetto di delega sono assunti dai dirigenti appositamente individuati in forma di determinazione con numero e date progressive per singola Struttura Organizzativa.

In ogni momento, ove risultasse motivamente necessario, il dirigente gerarchicamente sovraordinato o il Direttore Generale, possono surrogare il delegato nell'esercizio della funzione delegata.

ALLEGATO 1

Organigramma Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"



ALLEGATO 2

a) PROCEDURE ISO

Codice	Titolo Procedura	Data	Indice
PR04a	Procedura di gestione dei farmaci, dispositivi medici, prodotti diagnostici	17/11/2005	Farmacia
PR04b	Procedura di gestione dei prodotti diagnostici, chimici e della strumentazione di Laboratorio	27/04/2000	Lab. Analisi Cliniche
PRG05	Procedura per la prenotazione ed accettazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali	30/01/2007	CUP
			Direzione Sanitaria
PR10	Procedura per l'acquisizione di beni e servizi	15/04/2004	Provveditorato-Economato
PR11	Procedura per la gestione dei flussi informativi	20/04/2004	Direzione Sanitaria
PR12	Procedura di gestione dell'U.O. Risorse Umane	31/03/2004	Risorse Umane
PR13	Procedura di gestione delle apparecchiature biomediche	31/03/2004	Funzioni Tecniche
PRG15	Procedura per le attività amministrative nel ricovero in regime ordinario o day hospital	30/01/2007	CUP
			Direzione Sanitaria
PR18	Procedura per attività di Formazione ed Aggiornamento	16/04/2004	Formazione Aggiornamento e didattica
PR30	Procedura "operativa" per il Consenso Informato	05/01/2006	Direzione Sanitaria
PR31	Procedura per la conduzione delle Sperimentazioni Cliniche	31/03/2004	Direzione Scientifica
PR33	Protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri	03/07/2001	Direzione Sanitaria
PR35	Procedura per la gestione dei referti di laboratorio, esami diagnostici e prestazioni cliniche ambulatoriali	04/10/2005	Direzione Sanitaria
PR36	Procedura per il Controllo di Gestione	12/06/2003	Controllo di Gestione
PR37	Procedura di gestione della Direzione Scientifica	31/03/2004	Direzione Scientifica

PR38	Procedura per la gestione dell'U.O. Funzioni Tecniche	31/03/2004	. Funzioni Tecniche
PR42	Procedura di Gestione delle Forniture e Valutazione Fornitori	21/04/2004	Provveditorato-Economato
PR44	Procedura di gestione del Magazzino	16/04/2004	Provveditorato-Economato
PR49	Procedura di gestione per la prenotazione e l'esecuzione degli esami elettroencefalografici (EEG)	15/06/2005	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PR50	Procedure di gestione per la prenotazione e l'esecuzione degli esami elettromiografici (EMG)	15/06/2005	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PR51	Procedura di gestione per la prenotazione e l'esecuzione dei Potenziali Evocati (PE)	15/06/2003	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PRG53	Procedura per la gestione dei sinistri	26/06/2007	Affari Istituzionali
PR55	Procedura gestione convenzioni	15/05/2003	Affari Istituzionali
PR56	Procedura di adozione di deliberazioni e determinazioni	15/05/2003	Affari Istituzionali
PR57	Procedura per la gestione informatizzata delle richieste e dei referti degli esami di laboratorio: regolamento ed Istruzioni Operative	01/04/2005	Lab. Analisi Cliniche
PRG58	Procedura per la richiesta di risarcimento danni presentate dai pazienti	26/06/2007	Affari Istituzionali
PR71	Procedura per la gestione della sicurezza in Istituto	05/05/2006	Prevenzione e Protezione

ALLEGATO 2 b) REGOLAMENTI INTERNI

- Organizzazione Dipartimentale – approvazione norme regolamentari e modifiche Regolamento Organico, Deliberazione n. 1406 del 31/08/2001;
- Statuto e Regolamento per il funzionamento del Comitato Etico, Deliberazione n. 252 del 16/4/2002;
- Regolamento sull’accesso alle prestazioni sanitarie e al ricovero ospedaliero in Istituto, Deliberazione n. 809 del 18/11/2002;
- Regolamento in materia di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro del personale dirigente, Deliberazione n. 47 del 11/2/2003;
- Regolamento missioni e relativa nuova modulistica, Deliberazione n. 194 del 21/5/2003;
- Regolamento generale di contabilità dell’Istituto, Deliberazione n. 383 del 17/10/2003;
- Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale – POFA 2003/2005 – Deliberazione n. 443 del 15/12/2003;
- Nuovo Regolamento per i procedimenti disciplinari, Deliberazione n. 366 del 21/9/2004;
- Regolamento per l’utilizzo dei Sistemi Informatici aziendali e Regolamento per l’utilizzo della Posta Elettronica aziendale – Deliberazione n. 461 del 1/12/2004;
- Integrazione Regolamento per l’esercizio delle funzioni di gestione da parte dei Dirigenti delegati, Delibera n. 454 del 23/11/2005 (vedi DELIBERA n. 420 del 13/6/2002) e successive note integrative DG;
- Regolamento dei Contrattisti, Deliberazione n. 254 del 20/6/2005;
- Regolamento delle Borse di Studio, Deliberazione n. 411 del 19/10/2005;
- Approvazione Regolamento Interno per la disciplina del Servizio di Assistenza Religiosa, Deliberazione n. 367 del 14/9/2005;
- Regolamento attività di gestione del personale infermieristico e di supporto di criticità di risorse, Deliberazione n. 448 del 23/11/2005;
- Regolamento attività formazione continua ed Aggiornamento professionale del personale, Deliberazioni n. 149 del 18/4/2005 e n. 27 del 31/1/2006;
- Regolamento sul Diritto di accesso ai documenti amministrativi e sui procedimenti amministrativi, Deliberazione n.29 dell’8/2/2006;
- Regolamento per acquisizione di beni, servizi e lavori per importi di valore inferiore alla “soglia comunitaria”, Deliberazione CDA n.18 del 24/10/2006;
- Documento programmatico sulla sicurezza dei dati ex D.Lgs 675/96, Deliberazione DG n. 67 del 29/3/2007;
- Modifica del regolamento concernente la disciplina concorsuale del personale dirigenziale, Delibera CDA n. 33 del 27/2/2007 (modifica delibera n.4058/98);
- Regolamento attività libero professionale intramuraria, sia in regime di ricovero sia ambulatoriale, Deliberazione CDA n. 41 del 20/3/2007;

- Regolamento per l'istituzione e la conduzione delle Strutture Organizzative Semplici, Deliberazione CDA n. 63 del 29/6/2007;
- Approvazione della Disciplina del trattamento dei dati genetici, Deliberazione DG n. 278 del 31/8/2007.