FONDAZIONE I.R.C.C.S. ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE N. **II/60** Seduta n. 16 del 6 Luglio 2010

Presiede il Presidente Carlo Borsani

Consiglieri
Mario Brambilla
Roberto Lino Comazzi
Cosma Gravina
Alberto Mazzoni
Antonio Magnocavallo
Luigi Sala

Con l'assistenza del Segretario: Paolo Tafuro

Su proposta : Direttore Generale Giuseppe De Leo

Oggetto: Approvazione del Codice Etico Comportamentale - Modello di Organizzazione e Controllo aggiornato secondo le modifiche normative apportate al D.lgs. n. 231/2001.

Il Direttore Scientifico Ferdinando Cornelio

Il Direttore Amministrativo Roberto Finardi

Il Direttore Sanitario Aziendale Giuseppe Brazzoli

Il Dirigente Proponente U.O. Affari Istituzionali - Sandra Bazzoni

L'atto si compone di n. **43** pagine, di cui n. **39** pagine di allegati, parte integrante

Pubblicato dal giorno _____ al giorno _____

Sistema Sanitario Regione Lombardia

VISTA la Legge Regionale 30 Dicembre 2009 n. 33 "Testo unico delle Leggi Regionali in materia di sanità";

RICHIAMATA la D.g.r. n. VIII/3776 del 13 Dicembre 2006 rubricata "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2007" che stabilisce le regole e gli indirizzi di programmazione per la gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2007, nel rispetto della normativa nazionale e regionale;

RICORDATO che tra le "Regole 2007", che costituiscono gli indirizzi di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale, è stata approvata altresì l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere;

DATO ATTO che con D.g.r. n. VII/17864 dell'11 Giugno 2004 la Regione Lombardia aveva disposto l'introduzione in via sperimentale, in alcune Aziende Sanitarie pubbliche, di un codice etico-comportamentale, mutuando i principi contenuti nel D.lgs. n. 231/2001 che ha introdotto la responsabilità in sede penale degli Enti, per alcuni reati commessi da persone che rivestono funzione di rappresentanza, amministrazione e gestione degli stessi;

ATTESO CHE, al termine dei due anni previsti di sperimentazione nelle Aziende Sanitarie coinvolte, la Regione Lombardia aveva definito ed emanato (allegato n. 13 alla citata D.g.r.) le "Linee guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere";

RICHIAMATE:

- la Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 20 del 29 Giugno 2007 con la quale è stato approvato il Codice Etico della Fondazione, nonché demandata ad un successivo provvedimento l'approvazione del Modello di Organizzazione e Controllo e la nomina dei componenti del Comitato di Valutazione (C.d.V.);
- la Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 78 del 13 Dicembre 2007 con la quale è stato disposto di approvare il Modello di Organizzazione e Controllo, in cui sono riportate le procedure da seguire nello svolgimento delle attività per rispettare i valori ed i principi enunciati dal Codice Etico, nonché nominato il Comitato di Valutazione (C.d.V.);

PRESO ATTO delle modifiche apportate, alle varie fattispecie di reato considerate rilevanti dal D.lgs. n.231/2001, a cura della normativa di seguito indicata:

- Legge 15 Luglio 2009, n. 94 rubricata "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica";
- Legge 23 Luglio 2009, n. 99 rubricata "Disposizioni per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese, nonché in materia di energia";
- Legge 3 Agosto 2009, n. 116 rubricata "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione della Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 13 Ottobre 2003 con risoluzione n.58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 Dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale";

PRESO ALTRESI' ATTO del D.D.G. della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia n. 2298 dell'11 Marzo 2010, con il quale sono state approvate le linee guida regionali in materia di aggiornamento del Codice Etico Comportamentale delle Aziende Sanitarie;

RITENUTO pertanto opportuno aggiornare il Modello di Organizzazione e Controllo, al fine di renderlo conforme alle modifiche normative sopra riportate;

DATO ATTO CHE:

- l'articolo 5 del Modello, tra i compiti assegnati al Comitato di Valutazione (CdV), annovera anche quello di proporre gli aggiornamenti del Modello ritenuti necessari;
- Il Comitato di Valutazione (CdV) nella seduta del 27 Gennaio 2010, preso atto delle recenti modifiche legislative che hanno emendato il D.lgs. 231/2001, introducendo nuove figure di reato, ha proposto alla Direzione Generale dell'Istituto di adeguare l'attuale Modello di Organizzazione e Controllo con le nuove disposizioni compatibili, al fine di renderlo conforme alle nuove disposizioni normative;

CONSIDERATO CHE è stato istituito un apposito gruppo di lavoro interno, presieduto dal Dott. Roberto Pinardi Direttore Amministrativo della Fondazione, che ha provveduto ad aggiornare il Modello di Organizzazione e Controllo, ed a presentarlo al Comitato di Valutazione (CdV), che nella seduta del 15 Giugno 2010 ha condiviso le modifiche apportate;

DATO ATTO, in particolare, che sono state modificate sia la parte generale del documento, mediante una revisione sistematica delle norme che regolano funzionamento e compiti del Comitato di Valutazione (C.d.V.), sia la parte speciale mediante l'aggiornamento delle fattispecie di reato secondo le modifiche legislative sopra riportate;

VISTA la nuova versione debitamente integrata ed aggiornata del Modello di Organizzazione e Controllo, composto da 35 articoli, che sostituisce integralmente il testo approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 13 Dicembre 2007, n.78;

Ad unanimità di voti espressi nelle forme di legge

DELIBERA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1) di approvare il Codice Etico Comportamentale - Modello di Organizzazione e Controllo della Fondazione, integrato ed aggiornato rispetto alle modifiche legislative apportate al D.lgs. n. 231/2001 dalla normativa citata in premessa, composto da 35 articoli e parte integrante del presente provvedimento, che sostituisce integralmente il testo approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 13 Dicembre 2007, n. 78;

2) di pubblicare il nuovo testo del Modello di Organizzazione e Controllo sul sito internet della Fondazione;

3) di incaricare l'U.O. Affari Istituzionali di notificare il presente provvedimento alla Regione Lombardia;

4) di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo (nota n. 11793 in data 13 Dicembre 2005 del Ministero della Salute e art. 18 comma 6 della Legge Regionale n. 33/2009).

IL PRESIDENTE
(Carlo Borsani)

IL SEGRETARIO
(Paolo Tafuro)

Allegato alla deliberazione CDA n.60/2010

FONDAZIONE I.R.C.C.S. ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO ex D.Lgs. n.231/2001

Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta
Via Celoria 11, 20133 Milano - Tel 02 2394 1 - CF 01668320151 - PI 04376340156 - www.istituto-besta.it

INDICE

PARTE GENERALE

TITOLO I	**I principi fondamentali**	
Art. 1	I fondamenti della materia	Pag. 5
Art. 2	Il quadro normativo	Pag. 6
Art. 3	La Struttura Organizzativa della Fondazione	Pag. 8
Art. 4	Definizioni	Pag. 9
TITOLO II	**Il Comitato di Valutazione e il sistema dei controlli**	
Art. 5	Principi Generali	Pag. 12
Art. 6	Componenti	Pag. 13
Art. 7	Regole di Funzionamento	Pag. 14
Art. 8	Rapporti con gli organi della Fondazione	Pag. 14
Art. 9	Strumenti di prevenzione dei reati	Pag. 15
Art. 10	Le altre attività di controllo interno	Pag. 16

PARTE SPECIALE

TITOLO III	**I reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001**	
Art. 11	Fattispecie di Reato	Pag. 19
Art. 12	Reati contro la Pubblica Amministrazione	Pag. 19
Art. 13	Reati contro il patrimonio mediante frode	Pag. 20
Art. 14	Delitti contro la personalità individuale	Pag. 20
Art. 15	Delitti contro la vita e l'incolumità individuale	Pag. 21

	derivanti da violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro	
Art. 16	Abusi di mercato	Pag. 21
Art. 17	Delitti di criminalità organizzata	Pag. 21
Art. 18	Delitti contro la fede pubblica - Falsità in valori bollati	Pag. 22
Art. 19	Delitti contro l'industria e il commercio	Pag. 22
Art. 20	Reati in materia di diritto d'autore	Pag. 22
Art. 21	Delitti contro l'Autorità giudiziaria	Pag. 23
TITOLO IV	**Reati Ulteriori**	
Art. 22	Fattispecie di reato esterne al D.Lgs. n. 231/2001	Pag. 23

PROCESSI E ATTIVITA' SENSIBILI

TITOLO V	**I processi sensibili della Fondazione**	
Art. 23	Processi	Pag. 25
Art. 24	L'accesso alle prestazioni sanitarie	Pag. 25
Art. 25	L'amministrazione del personale	Pag. 26
Art. 26	L'esercizio della libera professione	Pag. 26
Art. 27	La tutela della riservatezza	Pag. 27
Art. 28	Acquisto di beni, servizi, lavori e politiche contrattuali	Pag. 28
Art. 29	Gestione dei flussi informativi	Pag. 29
Art. 30	Sicurezza sul lavoro	Pag. 29
Art. 31	Regole di comportamento di carattere generale	Pag. 30

Art. 32	Conflitti di interesse, dovere di lealtà e non concorrenza	Pag. 31
TITOLO VI	**La gestione del personale**	
Art. 33	La gestione del Personale ed il Sistema di Incentivazione	Pag. 31
Art. 34	Il Sistema Disciplinare	Pag. 33
Art. 35	Il Sistema delle Supplenze e Deleghe	Pag. 33

ALLEGATO 1:

Organigramma della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" **Pag. 35**

ALLEGATO 2: **Pag. 36**

a) Elenco Procedure ISO.
b) Elenco dei Regolamenti Interni.

PARTE GENERALE

TITOLO I
I PRINCIPI FONDAMENTALI

Art. 1 – I fondamenti della materia

1) Il presente Modello di Organizzazione e Controllo – *compliance program* – è assunto in applicazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 231/2001; esso si pone l'obiettivo di individuare gli specifici profili di rischio della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "*C. Besta*" di Milano [di seguito anche solo: Istituto Besta], avuto riguardo in particolare ad alcuni processi relativi ad attività *sensibili*. Tali possono essere ritenuti quegli ambiti nei quali possono astrattamente configurarsi condotte idonee a integrare le fattispecie di reato indicate nel D.Lgs. n. 231/2001, o anche i loro prodromi.

2) L'Istituto Besta è una Fondazione IRCCS di rilievo nazionale, con **personalità giuridica di diritto pubblico**, dotato della necessaria autonomia statutaria, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico gestionale; ciò in seguito alla trasformazione istituzionale avvenuta, a far tempo dal 15 Luglio 2006, in attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 288/2003 e dai susseguenti atti normativi e amministrativi assunti dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia. **In tale contesto l'applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 231/2001 viene effettuata, in via sperimentale, sulla base dei relativi indirizzi applicativi disposti 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 e s.m.i., 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.Lgs. 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 e applicazione, contestualmente alle norme e ai principi di carattere generale dettati dal Codice Etico.

5) Il Codice Etico e il Modello di organizzazione e controllo sono portati a conoscenza di tutti i soggetti destinatari portatori di interessi – *stakeholder* – con le più idonee modalità atte a garantirne tempestiva e opportuna informazione. La Fondazione, consapevole della necessità di garantire piena effettività al proprio *compliance program*, ne cura la costante diffusione e il continuo monitoraggio e aggiornamento, avuto particolare riguardo all'individuazione e implementazione dei più idonei sistemi di prevenzione dei reati in esso previsti. Entrambi i documenti sono pubblicati sia nella rete intranet aziendale, sia in un'apposita sezione collocata nella *home page* del sito Internet istituzionale.

6) Il Codice Etico e il Modello di organizzazione e gestione costituiscono nel loro insieme, come richiesto dalle linee guida emanate dalla Regione Lombardia con DGR n. 3776 del 13 Dicembre 2006, il *Codice Etico Comportamentale*.

7) L'attività di formazione interna finalizzata alla diffusione della conoscenza del Codice Etico e del Modello di organizzazione e gestione, è differenziata nei contenuti e nelle 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 – Il quadro normativo

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 e aggiornate con D.D.G.S. n. 2298 del Marzo 2010, per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere – presuppongono e necessariamente debbono

coordinarsi con le numerose 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.Lgs. n. 163 del 12/4/2006 e s.m.i «*Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*» per quanto concerne le procedure di scelta del contraente e la trasparenza delle procedure di Gara;
- il D.Lgs. 9 Aprile 2009, n. 81 relativo alla riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- la disciplina normativa e regolamentare in materia di accesso al lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione – e in particolare del SSN – *ex* art. 97 della Costituzione, ivi compresi i rapporti di lavoro para-subordinati e di collaborazione;
- il D.Lgs. n. 165 del 30/03/2001, recante le «*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*» e i CCNL vigenti in ambito sanitario (comparto e dirigenti);
- il D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992, «*Riordino della disciplina in materia sanitaria*»;
- la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 "*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*";
- le procedure ISO-9001:2008 relative ai processi di qualità aziendale;
- la legge n. 241/90 in tema di procedimento amministrativo e i regolamenti adottati e vigenti in Istituto, con particolare riferimento alle disposizioni applicative del diritto di accesso agli atti e dei rapporti con le previsioni del D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 e alle direttive del Garante in tema di privacy, per quanto concerne il trattamento dei dati sensibili e genetici.
- I progetti di Risk Management adottati dall'Istituto Besta in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale in materia.

3) Al fine di garantire il principio di effettività, la verifica sull'attuazione corretta ed efficace del Modello, nonché sul suo aggiornamento, viene demandata ad un apposito organismo della Fondazione, denominato *Comitato di Valutazione* (C.d.V.) dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, al quale è affidato il compito di

monitorare i comportamenti aziendali e i relativi scostamenti nonché di rilevare le informazioni circa le attività rilevanti poste in essere dalle diverse articolazioni aziendali.

Art. 3 – La Struttura Organizzativa della Fondazione

1) La struttura organizzativa dell'Istituto e i correlati livelli di responsabilità sono definiti dallo Statuto, approvato – su proposta della Regione Lombardia – con Decreto del Ministero della Salute del 28 Aprile 2006, così come modificato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 140/2009 del 21 Maggio 2009, in attuazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 288/2003, nonché dal Piano di Organizzazione Aziendale – P.O.A. – vigente.

2) L'Organigramma aziendale (Allegato 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, *ex* art. 15 Statuto 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, di cui all'articolo 17 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, 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, secondo quanto previsto dagli artt. 5 e 7 del D.Lgs. n. 231/2001, sono da considerarsi soggetti apicali dal punto di vista istituzionale e/o gerarchico dell'Istituto Besta sulla base delle vigenti disposizioni in materia di contratti di lavoro, i sotto-indicati 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 tecnico scientifici.
- Il Direttore Medico di Presidio.
- I Direttori di Unità Operativa Complessa.
- Il Dirigente del S.I.T.R.A.

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

Art. 4 - Definizioni

L'adattamento del D.lgs. 8 giugno 2001 n 231 a 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 paradigma di *codice etico-comportamentale*, così come delineato nell'allegato n. 13 della DGR VIII/3776 del 13/12/2006 e nel D.D.G.S. n. 2298 del Marzo 2010.

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

Codice Etico Comportamentale: sistema di autodisciplina aziendale integrato costituito da due documenti aventi funzioni differenti: il Codice Etico (*Ethical Code*) e il Modello Organizzativo (*Compliance Program*); il controllo sull'effettività del sistema è affidato a un apposito Comitato di Valutazione.

Codice Etico (*Ethical Code*): dichiarazione di valori e di principi nei quali la Fondazione "*Carlo Besta*" si riconosce e ai quali conforma la propria azione nell'adempimento della *mission* istituzionale.

Modello Organizzativo (*Compliance Program*): documento che definisce gli strumenti adottati dalla Fondazione "*Carlo Besta*" per la prevenzione dei reati indicati nel D.Lgs. n. 231/2001, ivi comprese le modalità di controllo, le procedure e i profili sanzionatori verso condotte anche prodromiche ai reati, nel quadro dei valori e dei principi enunciati nel Codice Etico.

Gruppo di lavoro: organismo interno preposto alla elaborazione ed allo sviluppo del Codice Etico Comportamentale. La sua composizione è multidisciplinare e di volta in volta funzionale alle esigenze di aggiornamento del modello.

P.O.A.: Piano di Organizzazione Aziendale, documento redatto da ogni singola Azienda Sanitaria ai sensi dell'articolo 13 della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e 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 POA.

Carta dei Servizi: atto in cui trovano descrizione i servizi offerti dalla Fondazione, le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni nonché le modalità di valutazione da parte degli utenti e delle associazioni che li rappresentano; assume, inoltre, i caratteri di strumento di conoscenza e di promozione per l'Utente. Lo schema generale della Carta dei Servizi è indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

Destinatari: tutti i soggetti destinatari portatori di interessi – *stakeholder* – della Fondazione sia interni che esterni. Tra i primi: i soggetti apicali, tutti i dipendenti di qualsiasi livello, qualifica e mansione, nonché tutti coloro che esercitano la propria attività professionale a qualsiasi titolo nell'interesse dalla Fondazione "*Carlo Besta*", anche erogando prestazioni agli utenti. Sotto il secondo

profilo, i cittadini utenti dei servizi erogati dall'Istituto, nonché tutte le persone fisiche e giuridiche alle quali la Fondazione affida lo svolgimento di lavori, servizi o forniture.

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

Comitato di Valutazione: organismo della Fondazione "*Carlo Besta*", di natura collegiale, istituito ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 231/2001, preposto a vigilare in ordine all'effettività del *Codice Etico Comportamentale*. Il C.d.V. ha accesso a tutti gli atti della fondazione, senza alcuna limitazione ed è dotato di autonomia e indipendenza rispetto a tutti gli altri organi della Fondazione; propone aggiornamenti del *Compliance Program*.

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, individuata sulla base della omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

Struttura Organizzativa Semplice: unità organizzativa semplice, o funzione di alta specializzazione, individuata sulla base di criteri di efficacia ed economicità e di organizzazione dei processi di lavoro, cui è assegnata una puntuale competenza funzionale.

Ufficio relazioni con il pubblico [U.R.P.]: ufficio istituito dall'art. 12 del D.Lgs. n. 29/1993 (poi confluito nell'art. 11 del D.Lgs. n. 165/2001; per le funzioni cfr. anche Legge n. 150/2000) in cui compito è di agevolare i rapporti tra gli utenti e l'Amministrazione, al fine di garantire l'esercizio dei diritti e della facoltà previste dalla Legge n. 241/1990. Riveste una funzione centrale nel sistema previsto dal D.Lgs. n. 231/2001, in ragione del fatto che raccoglie le segnalazioni dei pazienti.

TITOLO II

IL COMITATO DI VALUTAZIONE E IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Art. 5 - Principi Generali

1) Al *Comitato di Valutazione* (C.d.V.) è affidato dalla legge il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del modello di organizzazione e di curare il suo aggiornamento. Ad esso sono garantiti autonomi poteri di iniziativa e di controllo. La Fondazione "*Carlo Besta*", anche in ragione della sua complessità organizzativa ha optato per un C.d.V. collegiale, composto da tre componenti effettivi e da tre componenti supplenti, tutti nominati dal Consiglio di Amministrazione e scelti secondo criteri di professionalità ed esperienza specifica, rispettivamente:

1. per le capacità e l'esperienza di valutazione e gestione dei rischi;
2. per la conoscenza dell'organizzazione aziendale e delle procedure in ambito sanitario pubblico;
3. per la competenza giuridica, in particolare nel diritto amministrativo in ambito sanitario, nonché di responsabilità penale ex D.Lgs. n. 231/2001.

Almeno uno dei suoi componenti, con funzioni di Presidente, dovrà essere individuato tra soggetti esterni all'Istituto.

2) Il C.d.V. 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.

3) I compiti principali attribuiti al C.d.V. sono i seguenti:

- confrontare i comportamenti effettivamente posti in essere all'interno dell'Istituto con quanto disciplinato dal Codice Etico e dal presente Modello, mediante raccolta, elaborazione e custodia di tutte le informazioni ritenute necessarie;
- effettuare periodiche verifiche mirate, anche a campione, avuto particolare riguardo alla gestione dei processi sensibili individuati nel presente modello;
- comunicare con immediatezza alla Presidenza e/o alla Direzione Generale eventuali accertate violazioni del Modello, consistenti anche in condotte prodromiche alla commissione di reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001, per

l'adozione dei conseguenti provvedimenti di competenza, In caso d'inerzia dei predetti organi, il C.d.V. segnala quanto riscontrato al Collegio Sindacale per gli opportuni provvedimenti;

- valutare l'adeguatezza del Modello con particolare riferimento alla sua idoneità riguardo sia all'organizzazione dell'Istituto, sia soprattutto alla prevenzione delle fattispecie di reato previste dal D.Lgs. n. 231/2001 ed espressamente analizzate nella Parte Speciale del presente Modello;
- proporre gli aggiornamenti del Modello.

4) Tutta la documentazione afferente l'attività del C.d.V. (quali report e verbali delle sedute) deve essere conservata, a cura dello stesso, in un apposito archivio nella più assoluta riservatezza, avuto riguardo alle prescrizioni normative in materia di trattamento di dati personali e sensibili ex D.Lgs. n. 196/2003.

Art. 6 - 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 fino al quarto grado e la stabile convivenza 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 C.d.V. dovranno sottoscrivere annualmente una dichiarazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, circa la non sussistenza delle situazioni d'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 C.d.V. nonché l'instaurazione di un procedimento penale a carico di componenti del C.d.V.

Art. 7 - Regole di Funzionamento

1) Al C.d.V. è assicurato l'uso, anche se non esclusivo, di un idoneo locale per le proprie riunioni, le audizioni e ogni altra attività. Appositi archivi dotati di chiavi sono messi a disposizione del C.d.V. per la custodia dei relativi documenti su supporto cartaceo. Altrettanto al C.d.v. è assicurata idonea dotazione di strumenti informativi protetti mediante *password* per lo svolgimento delle proprie attività.

2) Il supporto di Segreteria al C.d.V. viene assicurato dalla U.O. Affari Istituzionali tramite proprio personale;

3) Il C.d.V. 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; di ogni riunione deve essere redatto apposito verbale da conservarsi agli atti.

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

5) Avuto riguardo alla natura di collegio perfetto del CdV, in caso di assenza di un componente del C.d.V. per un numero di sedute uguale o superiore al 50% rispetto a quelle tenutesi nell'anno o comunque per due sedute consecutive, il componente è rimosso e sostituito con provvedimento del Consiglio di Amministrazione.

Art. 8 - Rapporti con gli organi della Fondazione

1) Il C.d.V. relaziona circa l'esercizio delle sue funzioni direttamente agli organi di vertice ossia al CDA e al suo Presidente, nonché al Direttore Generale e al Direttore Scientifico, secondo le rispettive competenze e secondo una valutazione di opportunità affidata allo stesso C.d.V. Il C.d.V. garantisce una costante attività di monitoraggio del presente Modello organizzativo e propone gli aggiornamenti ritenuti necessari al fine del suo adeguamento al mutare delle condizioni aziendali. Il C.d.V. redige una relazione annuale sull'attività svolta, entro la fine del mese di

febbraio successivo all'anno al quale essa si riferisce e la trasmette al CDA e al suo Presidente, nonché al Direttore Generale.

2) Il C.d.V. può essere convocato, su specifici argomenti, su richiesta dei seguenti organi istituzionali della Fondazione:
- il Consiglio di Amministrazione o il Presidente;
- il Direttore Generale;
- il Direttore Scientifico;
- il Collegio dei Sindaci;

o può essere investito della trattazione e/o dell'esame di particolari argomenti da parte dei soggetti sopra indicati.
In ogni caso di tali incontri verrà redatto apposito verbale che sarà conservato agli atti del C.d.V.

3) I poteri di iniziativa e controllo attribuiti al C.d.V. non possono comportare interventi modificativi sulla struttura organizzativa aziendale, che la legge attribuisce ad altri organi. E' comunque fatta salva la facoltà del C.d.V., nell'ambito dei propri poteri, di proporre modificazioni dell'organizzazione aziendale ritenute necessarie e idonee a implementare la prevenzione dei reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001.

4) I verbali delle riunioni del C.d.V., di cui al precedente articolo, sono trasmessi al Collegio Sindacale nel quadro dell'integrazione dei sistemi di controllo. Il C.d.V. concorda, con cadenza minima annuale, una riunione congiunta con il Collegio Sindacale al fine di esaminare le risultanze delle reciproche attività di controllo.

Art. 9 – Strumenti di prevenzione dei reati

1) Il CdV agisce d'ufficio, mediante apposite attività d'ispezione e di controllo. Il C.d.V. può, altresì, attivarsi in seguito ad apposite comunicazioni che gli pervengano da parte di chiunque e in qualsiasi forma. E' garantita ai dipendenti, ai collaboratori, ai consulenti, ai fornitori, alle Associazioni degli utenti e a tutti gli *stake-holders* della Fondazione "*Carlo Besta*", la facoltà di inviare segnalazioni e comunicazioni con la garanzia della riservatezza. Le segnalazioni sono esaminate

tempestivamente dal C.d.V. in merito a condotte che potrebbero essere prodromiche o integrare le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. n. 231/2001.

2) Viene altresì istituita un'apposita casella di Posta Elettronica (odv@istituto-besta.it), alla quale possono essere inviate le segnalazioni di cui sopra. L'accesso e la costante consultazione delle segnalazioni pervenute, è riservato esclusivamente ai membri del C.d.V. A tale strumento verrà data idonea pubblicità nella sezione "Codice Etico" e nella sezione "Trasparenza" del sito ufficiale dell'Ente.

3) Il C.d.V., effettua le indagini interne ritenute necessarie, valutando le fattispecie secondo un criterio di prudente ragionevolezza finalizzato alla massima effettività del modello di prevenzione dei reati. Conclusa l'attività di cui sopra, assume le opportune determinazioni, ivi compresa la segnalazione agli organi interni della Fondazione per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

4) Il C.d.V., che è dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, ha diritto ad accedere, senza alcun limite, a tutte le informazioni aziendali considerate rilevanti per la sua attività, incluse le segnalazioni acquisite dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), anche mediante audizioni dirette e acquisizioni documentali. I predetti poteri sono esercitati nel rispetto della vigente normativa, avuto particolare riguardo a quanto previsto in tema di tutela della riservatezza. In ogni caso, l'URP trasmette i report delle segnalazioni pervenute al C.d.V. che le esamina nell'ambito dei propri poteri.

Art. 10 – Le altre attività di controllo interno

1) L'attività del C.d.V. si coordina e con il complesso sistema dei controlli interni, esercitato nell'ambito della complessiva organizzazione dell'Istituto, il quale 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 dai responsabili dei procedimenti e dal Collegio dei Sindaci.
- Il Sistema di Valutazione dei dirigenti che viene esercitato dal Direttore Generale e dal Nucleo di Valutazione
- Il Controllo del Sistema Qualità, che viene esercitato alle dirette dipendenze del Direttore Generale dall'apposito ufficio, anche attraverso i sistemi di certificazione adottati dalla Fondazione (ISO 9001 e standard Joint Commission International)
- Il Controllo delle condizioni di sicurezza:
  - alle dipendenze del Direttore Generale per quanto attiene il Servizio di Protezione e Prevenzione (SPP);
  - alle dipendenze del Direttore Sanitario per quanto attiene il Risk Management;
  - affidato alla U.O. Tecnico Patrimoniale per quanto concerne le strutture, gli impianti e le apparecchiature.
- Il Controllo delle condizioni di sicurezza degli assistiti svolto dal Clinical Risk Manager.

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 e 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.

PARTE SPECIALE

TITOLO III – I REATI PREVISTI DAL D.LGS. N. 231/2001

Art. 11 - Fattispecie di Reato

1) La responsabilità amministrativa potenzialmente attribuibile – ove non vi fosse l'espressa esclusione ex art. 1 terzo comma del D.Lgs. n. 231/2001 – all'Istituto Besta per reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio è circoscritta alle fattispecie di reato indicate espressamente dal decreto.

2) Gli articoli della parte speciale del presente modello sono stati redatti avuto riguardo alla natura pubblica della Fondazione "Carlo Besta" e alla peculiarità della sua struttura organizzativa, in ragione del principio di effettività. Pertanto nel novero dei reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001 il gruppo di lavoro ha operato una selezione di quelle fattispecie che in astratto possano essere integrare in un ente quale la Fondazione.

3) Nell'ottica sperimentale di attuazione della responsabilità penale-amministrativa agli enti di diritto pubblico, la Fondazione Besta ha ritenuto di individuare ulteriori fattispecie di reato – individuate in una sezione apposita di parte speciale – rispetto a quelle previste dal D.Lgs. n. 231/2001.

Art. 12 - Reati contro la Pubblica Amministrazione

1) Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dagli **artt. 24 e 25 del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

a) REATI DI CORRUZIONE
art. 318[corruzione per un atto d'ufficio] C.P.,
art. 319[corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio] C.P.,
art. 319 bis[aggravanti specifiche] C.P.,
art. 319ter[corruzione in atti giudiziari] C.P.,
art. 320[corruzione di persona incaricata di pubblico servizio] C.P.,
art. 321[pene per il corruttore], 322[istigazione alla corruzione] C.P.,
art. 322 bis [peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.] C.P.

b) REATO DI CONCUSSIONE
art. 317 [concussione] C.P.

c) INDEBITA PERCEZIONE DI EROGAZIONI A DANNO DELLO STATO
art. 316bis [malversazione a danno dello Stato] C.P.
art. 316ter,[indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato] C.P.
art. 640, comma II [truffa aggravata] C.P.
art. 640bis [truffa aggravate per il conseguimento di erogazioni pubbliche] C.P.
art. 640ter [frode informatica] C.P.

Art. 13 - Reati contro il patrimonio mediante frode

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25octies del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

art. 648 [ricettazione] C.P.
art. 648-bis [riciclaggio] C.P.
art. 648-ter [Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita] C.P.

Art. 14 - Delitti contro la personalità individuale

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25quinquies del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

art. 600 [riduzione in schiavitù] C.P.
art.600bis [prostituzione minorile] C.P.
art. 600ter [pornografia minorile] C.P.
art. 600quater [detenzione di materiale pedo-pornografico]
art. 600quinquies [iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile] C.P.
art. 601 [tratta e commercio di schiavi] C.P.

art. 602 [alienazione e acquisto di schiavi] C.P.

Art. 15 – Delitti contro la vita e l'incolumità individuale derivanti da violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25septies del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

art. 589 , comma 2 [omicidio colposo] C.P.
art. 590 comma 3 [lesioni personali colpose] C.P.

Art. 16 – Abusi di mercato

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25sexies del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

artt. 184 e 187bis del D.Lgs. n.58/1998 [abuso di informazioni privilegiate]
artt. 185 e 187ter del D.Lgs. n. 58/1998 [manipolazione del mercato].

Le fattispecie di reato in questione sono previste dal Capo II, Titolo I-bis, parte V del 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*".

Art. 17 – Delitti di criminalità organizzata

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 24ter del D.Lgs. n. 231/2001**, ossia:

art. 416bis [associazione di tipo mafioso] C.P.
art. 416ter [scambio elettorale politico-mafioso] C.P.
art. 630 [sequestro di persona a scopo di rapina o di estorsione] C.P.
art. 74 D.P.R. n. 309/1990 [associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope] C.P.

Art. 18 – Delitti contro la fede pubblica – Falsità in valori bollati

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25bis del D.Lgs. n. 231/200**, ossia:

art. 459 [falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati] C.P.
art. 464 [uso di valori di bollo contraffatti o alterati] C.P.

Art. 19 – Delitti contro l'industria e il commercio

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25bis.1. del D.Lgs. n. 231/200**, ossia:

art. 513 [turbata libertà dell'industria o del commercio] C.P.
art. 514 [frodi contro le industrie nazionali] C.P.
art. 516 [vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine] C.P.

Art. 20 – Reati in materia di diritto d'autore

Si tratta delle fattispecie di reato contemplate dall'**art. 25nonies del D.Lgs. n. 231/200**, ossia fattispecie tipiche previste dalla:

Legge n. 633/1941 "*Protezione del diritto d'autore*"
- art. 171, comma 1, lettera a) bis e comma 3,
- art. 171 bis,
- art. 171 ter,
- art. 171 septies,
- art. 171 octies.

Art. 21 – Delitti contro l'Autorità giudiziaria

Si tratta della fattispecie di reato contemplata dall'**art. 25decies del D.Lgs. n. 231/200**, ossia:

art. 377bis [induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria] C.P.

TITOLO IV – REATI ULTERIORI

Art. 22 – Fattispecie di reato esterne al D.Lgs. n. 231/2001

Trattasi di fattispecie di reato non espressamente previste dal D.Lgs. n. 231/2001 che la Fondazione nell'ambito del progetto sperimentale in parola, ha ritenuto opportuno includere nel presente *compliance program*, con la finalità di potenziare l'effettività del modello stesso, ampliandone discrezionalmente i confini di prevenzione. In particolare è stata condotta una valutazione ipotizzando l'applicabilità agli enti pubblici del decreto e si è conseguentemente cercato di individuare la fattispecie di reati propri potenzialmente verificabili.

I. REATI DI PECULATO
   art. 314 [peculato] C.P.
   art. 316 [peculato mediante profitto dell'errore altrui] C.P.

II. REATO DI ABUSO D'UFFICIO
   art. 323 [abuso d'ufficio] C.P.

III. UTILIZZAZIONE D'INVENZIONI O SCOPERTE CONOSCIUTE PER RAGIONI D'UFFICIO
   art. 325 c.p. [utilizzazione di invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio] C.P.

IV. RIVELAZIONE E UTILIZZAZIONE DI SEGRETI D'UFFICIO
   art. 326 c.p. [rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio] C.P.

V. OMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI DI UFFICIO
   art. 328 [rifiuto, omissione di atti d'ufficio] C.P.

VI. INTERRUZIONE DI PUBBLICO SERVIZIO
   art. 331 [interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità] C.P.

PROCESSI E ATTIVITA' SENSIBILI

TITOLO V
I PROCESSI SENSIBILI DELLA FONDAZIONE

Art. 23 - 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) Sicurezza sul lavoro.

2) Per ognuno dei Processi sopra individuati 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.

Art. 24 – L'accesso alle prestazioni sanitarie

Le fasi di attività del processo sono:

I. la 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);
II. l'acquisizione del 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);

I rischi: 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;

Art. 25 – L'amministrazione del personale

Le fasi di attività del processo sono:

I. procedure di selezione
II. sistema incentivante
III. 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.

Il rischio di condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program* può consistere nell'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

Art. 26 – L'esercizio della libera professione

L'attenzione va concentrata sulle 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.
Il rischio di condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program* può consistere in un utilizzo improprio dell'attività libero-professionale in

sostituzione di quella ordinaria, tra l'altro con possibile elusione della normativa fiscale di riferimento. Questo profilo di rischio afferisce a tutte le aree cliniche nelle quali vi siano dipendenti che svolgono attività libera professione, nonché all'area amministrativa per gli adempimenti amministrativo-contabili, con probabilità di realizzazione bassa ed entità del danno media.

Art. 27 – La tutela della riservatezza

A ogni livello dell'organizzazione aziendale deve essere garantita la tutela della riservatezza dei pazienti, in particolare dei dati personali e sensibili, siano essi su supporto cartaceo o elettronico.
Particolare riguardo deve essere dedicato ai dati sanitari, nonché ai dati genetici, conformemente alle indicazioni contenute nel Provvedimento del Garante Privacy del 22 Febbraio 2007 – Autorizzazione al trattamento dei dati genetici.
L'Istituto provvede, mediante apposite informative, a rendere edotti, in conformità a quanto previsto dall'articolo 13 del D.L.gs. n. 196/2003, i pazienti, il personale e i fornitori sulle modalità con le quali viene effettuato il trattamento dei dati personali e sensibili e dei relativi diritti e facoltà.
Sono inoltre previste delle specifiche modalità di raccolta del consenso, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente, anche con specifico riferimento alla possibilità di utilizzo dei dati per scopi di ricerca scientifica e di formazione anche nella loro forma non anonima.
L'Istituto ha implementato le misure minime di sicurezza previste dal citato decreto anche per quanto concerne la protezione dei dati personali sensibili trattati con supporti elettronici. In particolare la sicurezza perimetrale della rete intranet è garantita da una coppia di firewall in alta affidabilità. L'accesso alle singole postazioni di lavoro, dotate di antivirus centralizzato, viene effettuato attraverso credenziali di autenticazione individuali.

Il rischio può concretizzarsi:

- in un'indebita conoscenza da parte di soggetti non autorizzati di dati personali e/o sensibili. 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.

- In un'indebita acquisizione e/o trattamento di dati sensibili da parte del personale della Fondazione, in violazione di quanto previsto dal D.L.gs. n. 196/2003 in materia di acquisizione di specifico consenso da parte dell'interessato.
- In un'indebita acquisizione delle credenziali individuali di accesso a postazioni di lavoro.
- nell'Installazione di virus o malware all'interno della rete intranet dell'Istituto.

Art. 28 – Acquisto di beni, servizi, lavori e politiche contrattuali

Il 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, nonché con il rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro, in particolare per quanto attiene agli obblighi di cui all'art. 26 del D.Lgs. n. 81/2008. 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.

Il rischio di condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program* può concretizzarsi in rapporti indebiti con i fornitori finalizzati all'assegnazione delle forniture di beni, servizi e lavori in violazione del principio di libera competizione e di ricerca delle migliori condizioni di qualità/prezzo, ma anche in violazione degli obblighi di cui all'articolo 26 del D.Lgs. n.81/2008 (idoneità tecnico professionale, regolarità contributiva, rischi specifici, coordinamento e cooperazione e DUVRI). Questo profilo di rischio afferisce nello specifico all'area amministrativa (U.O. Provveditorato-Economato ed U.O. Tecnico Patrimoniale) 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.

Art. 29 – Gestione dei flussi informativi

Trattasi della gestione dei flussi informativi sanitari e 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.

Il rischio di condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program* può concretizzarsi nella rappresentazione di dati falsi o comunque non veritieri o nell'omissione di dati e informazioni in modo da 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 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.

Art. 30 – Sicurezza sul lavoro

Il processo attiene agli adempimenti e obblighi ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 relativi alla Valutazione dei Rischi, all'articolazione delle funzioni e dei ruoli aziendali, alla sorveglianza sanitaria, alla gestione delle emergenze, alla formazione, informazione e addestramento dei lavoratori, alla gestione degli appalti (verifica della capacità tecnico professionale delle imprese e rischi da interferenza), ai dispositivi di protezione, alla vigilanza e al controllo.

La fondazione si pone il fondamentale obiettivo di tutelare la salute e l'integrità psico-fisica dei propri lavoratori, nonché dei diversi soggetti che accedono o svolgono la propria attività all'interno delle strutture sanitarie. Gli obiettivi di eliminare o ridurre i rischi vengono perseguiti mediante l'attuazione organica di misure antinfortunistiche conseguenti alla valutazione dei rischi presenti nelle diverse sedi attraverso la definizione ed attuazione di piani di miglioramento.

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'Allegato 2) al presente Modello.

Il rischio di condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program* può concretizzarsi nella mancata o carente valutazione del rischio e del conseguente mancato o carente apprestamento delle misure antinfortunistiche previste dalla vigente legislazione e delle attività formative e informative conseguenti. Rientrano in tale contesto anche la mancata vigilanza, da parte del datore di lavoro e dei dirigenti, sul rispetto degli obblighi che gravano sui dirigenti stessi, sui preposti, sui lavoratori, sul medico competente e sugli appaltatori ex art. 18 del D.Lgs. n. 81/2008.

Il sistema di gestione della sicurezza è attuato mediante deliberazione del Direttore Generale (individuato quale *datore di lavoro* ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008), precisamente la n. 106/2010 del 10 Marzo 2010, tramite la quale sono stati individuati i dirigenti, i preposti unitamente ai relativi ruoli e responsabilità. Con la medesima deliberazione il Direttore Generale ha altresì provveduto al di specifiche deleghe.

Art. 31 - Regole di comportamento di carattere generale

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 o di qualsiasi altro vantaggio in ragione del proprio ufficio. Sono consentiti unicamente omaggi di modico valore comunemente accettati nelle prassi di cortesia.

Art. 32 - Conflitti di interesse, dovere di lealtà e non concorrenza

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un Amministratore, un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa anche in astratto risultare di pregiudizio per la Fondazione.
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.
I conflitti di interesse devono essere resi noti da parte dei diretti interessati, con immediatezza, mediante dichiarazione scritta da inviarsi al Presidente e al Direttore Generale della Fondazione.
Il C.d.V. pone particolare attenzione all'esistenza di conflitto di interessi nello svolgimento delle attività di carattere sanitario.

TITOLO VI
LA GESTIONE DEL PERSONALE

Art. 33 - La gestione del Personale ed il Sistema di Incentivazione

La Fondazione considera il personale fattore strategico di straordinaria importanza, pertanto da parte di tutti i livelli di responsabilità e – *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.
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.
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.
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 e 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.
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.
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 cadenze temporali previste dalle disposizioni di legge e contrattuali a cura degli organismi di verifica di cui al D.Lgs. n. 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. 34 – Il Sistema Disciplinare

La Fondazione conforma il sistema disciplinare del personale dipendente alle regole stabilite dalla legge e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.
La Fondazione assicura che, ove siano ravvisate da parte dei dipendenti condotte rilevanti ai sensi del presente *compliance program*, con riferimento all'incidenza potenziale dell'inottemperanza a regole di comportamento definite da atti e procedure sui rischi di reato, provvederà prontamente alla contestazione e all'avvio del procedimento disciplinare nei confronti dei responsabili e nel pieno rispetto della legge e dei CCNL di riferimento.

Art. 35 - Il Sistema delle Supplenze e Deleghe

Il Sistema delle supplenze, nell'ambito della struttura organizzativa dell'Istituto si articola sui sotto indicati livelli di funzione, ai quali occorre prestare particolare attenzione in ragione del fatto che i periodi di supplenza possono astrattamente configurare un maggior rischio.

I. 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.

II. Assetto dirigenziale

Per quanto attiene la sostituzione temporanea del Direttore Amministrativo in caso di assenza o impedimento dello stesso, le relative funzioni di supplenza

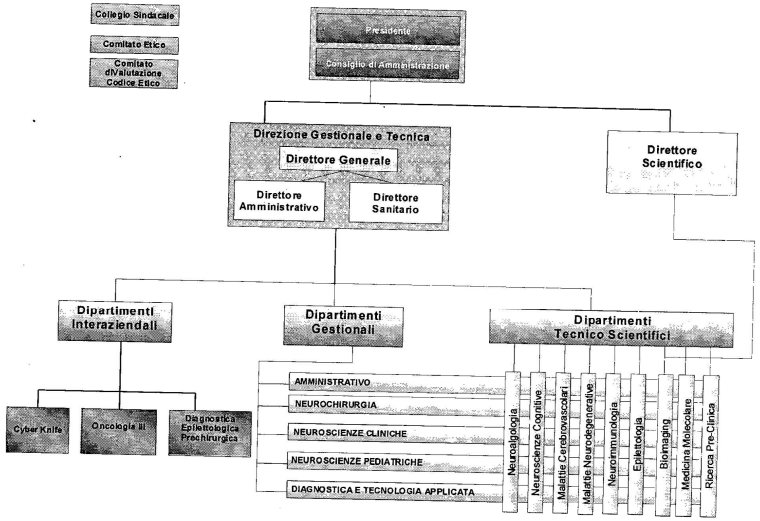
sono esercitate da uno dei Direttori di Struttura Complessa del Dipartimento amministrativo.

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, è cura dei rispettivi Direttori di U.O. individuare il dirigente e/o funzionario direttivo che eserciterà le relative funzioni.

ALLEGATO 1

Organigramma Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"



ALLEGATO 2

a) ELENCO PROCEDURE ISO

Codice	Titolo Procedura	Revisione	Data	Indice
PR04a	Procedura di gestione dei farmaci, dispositivi medici, prodotti diagnostici	5	12/04/2010	Farmacia
PR04b	Procedura di gestione dei prodotti diagnostici, chimici e della strumentazione di Laboratorio	0	27/04/2000	Lab. Analisi Cliniche
PRG05	Procedura per la prenotazione ed accettazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali	7	30/01/2007	CUP Direzione Sanitaria
PR10	Procedura per l'acquisizione di beni e servizi	4	10/10/2007	Provveditorato-Economato
PR11	Procedura per la gestione dei flussi informativi	4	05/12/2008	Direzione Sanitaria
PR12	Procedura di gestione dell'U.O. Risorse Umane	3	1/06/2010	Risorse Umane
PR13	Procedura di gestione delle apparecchiature biomediche	5	11/10/2007	Tecnico Patrimoniale
PRG15	Procedura per le attività amministrative nel ricovero in regime ordinario o day hospital	1	30/01/2007	CUP Direzione Sanitaria
PR18	Procedura per attività di Formazione ed Aggiornamento	0	16/04/2004	Formazione Aggiornamento e didattica
PR30	Procedura "operativa" per il Consenso Informato	1	05/01/2006	Direzione Sanitaria
PR31	Procedura per la conduzione delle Sperimentazioni Cliniche	1	31/03/2004	Direzione Scientifica

PR33	Protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri	0	03/07/2001	Direzione Sanitaria
PR36	Procedura per il Controllo di Gestione	1	12/06/2003	Controllo di Gestione
PR37	Procedura di gestione della Direzione Scientifica	0	31/03/2004	Direzione Scientifica
PR38	Procedura per la gestione dell'U.O. Tecnico Patrimoniale	2	11/02/2007	Tecnico Patrimoniale
PR42	Procedura di Gestione delle Forniture e Valutazione Fornitori	3	23/10/2007	Provveditorato-Economato
PR44	Procedura di gestione del Magazzino	1	16/04/2004	Provveditorato-Economato
PR49	Procedura di gestione per la prenotazione e l'esecuzione degli esami elettroencefalografici (EEG)	3	07/03/2008	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PR50	Procedure di gestione per la prenotazione e l'esecuzione degli esami elettromiografici (EMG)	1	15/06/2005	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PR51	Procedura di gestione per la prenotazione e l'esecuzione dei Potenziali Evocati (PE)	1	15/06/2005	Neurofisiopatologia ed Epilettologia diagnostica
PRG53	Procedura per la gestione dei sinistri	2	26/06/2007	Affari Istituzionali
PR55	Procedura gestione convenzioni	1	19/10/2007	Affari Istituzionali
PR56	Procedura di adozione di deliberazioni e determinazioni	1	19/10/2007	Affari Istituzionali
PR57	Procedura per la gestione informatizzata delle richieste e dei referti degli esami di laboratorio: regolamento ed Istruzioni Operative	3	18/09/2008	Laboratorio di Patologia Clinica e Genetica Medica
PRG58	Procedura per la richiesta di risarcimento danni presentate dai pazienti	0	26/06/2007	Affari Istituzionali
PR71	Procedura per la gestione della sicurezza in Istituto	0	05/05/2006	Servizio di Prevenzione e Protezione

ALLEGATO 2

b) ELENCO DEI REGOLAMENTI INTERNI

- Organizzazione Dipartimentale – approvazione norme regolamentari e modifiche Regolamento Organico, Deliberazione n. 1406 del 31/08/2001;
- 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;
- Nuovo Regolamento per i procedimenti disciplinari, Deliberazione n. 366 del 21/9/2004;
- Regolamento dei Contrattisti, Deliberazione n. 254 del 20/6/2005;
- Regolamento delle Borse di Studio, Deliberazione n. 411 del 19/10/2005;
- Regolamento attività di gestione del personale infermieristico e di supporto di criticità di risorse, Deliberazione n. 448 del 23/11/2005;
- Regolamento generale di contabilità dell'Istituto, Deliberazione n. 383 del 17/10/2003;
- Regolamento per l'utilizzo dei Sistemi Informatici aziendali e Regolamento per l'utilizzo della Posta Elettronica aziendale – Deliberazione n. 461 del 1/12/2004;
- Approvazione Regolamento Interno per la disciplina del Servizio di Assistenza Religiosa, Deliberazione n. 367 del 14/9/2005;
- Regolamento attività formazione continua ed Aggiornamento professionale del personale, Deliberazioni n. 149 del 18/4/2005 e n. 27 del 31/1/2006;
- Statuto e Regolamento per il funzionamento del Comitato Etico, approvato dal Comitato Etico in data 03/04/2006;
- Regolamento per la definizione, applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e per l'adattamento di linee guida, Deliberazione n. del 30/06/2006;
- Regolamento per acquisizione di beni, servizi e lavori per importi di valore inferiore alla "soglia comunitaria", Deliberazione CDA n.18 del 24/10/2006;
- Regolamento concernente la disciplina concorsuale del personale dirigenziale, Delibera CDA n. 33 del 27/2/2007 (modifica deliberazioni n.4058/98, n. 434/2000, n. 676/2000);
- Approvazione del Codice Etico, Deliberazione CDA n. 62 del 29/06/2007;
- 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;
- Approvazione del Modello di Organizzazione e Controllo ex D.lvo 231/2001. Deliberazione CDA n. 78 del 13/12/2007;

- Regolamento di disciplina dell'attività libero professionale intramuraria Deliberazione CDA n. 95 del 18/3/2008 (modifica deliberazioni n. 41 del 20.3.2007 e n. 74 del 15.2.2008)
- Approvazione del "Regolamento per la conduzione delle Sperimentazioni Cliniche" Deliberazione CDA n. 99 del 01/04/2008;
- Approvazione del "Regolamento in materia di Brevetti" Deliberazione CDA n. 100 del 01/04/2008;
- Piano di Organizzazione e Aziendale – POA 2008/2010 – Deliberazione CDA n. 111 del 15/07/2008 e Deliberazione di integrazione CDA n. 115 del 14/10/2008;
- Regolamento sul Diritto di accesso ai documenti amministrativi e sui procedimenti amministrativi, modificato con Deliberazione CDA n. 10 del 16/09/2009;
- Documento programmatico sulla sicurezza dei dati ex D.Lgs 196/2003, deliberazione DG annuale (entro il 31/03 di ogni anno);
- Approvazione "Manuale della Qualità" Deliberazione DG n. 406 del 04/11/2009.