

IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. N. 231/2001



<u>Adozione/aggiornamento</u>	30 Dicembre 2011	Governatore tramite Delibera n. 310	Adozione
	30 Luglio 2013	Governatore tramite Delibera n. 130	Aggiornamento
	09 Aprile 2015	Governatore tramite Delibera n. 31	Aggiornamento

Indice

1. IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001.....	3
1.1. L'introduzione della c.d. responsabilità amministrativa da reato.....	3
1.2. Le sanzioni previste dal Decreto. Modalità applicative.....	4
1.3. Presupposti e finalità dell'adozione e dell'attuazione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo.....	6
2. I PARAMETRI DI RIFERIMENTO: LE LINEE GUIDA ELABORATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	8
3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'ENTE ECCLESIASTICO "F. MIULLI"	8
3.1. L'attività dell'Ente "F. MIULLI"	8
3.2. I lavori preliminari all'adozione ed all'aggiornamento del Modello dell'Ente "F. MIULLI"	9
3.3. Il Modello dell'Ente "F. MIULLI". Formalizzazione dei documenti che lo compongono.	13
4. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'"F. MIULLI".....	15
5. I POTERI AUTORIZZATIVI E DI FIRMA.....	17
6. LE PROCEDURE MANUALI ED INFORMATICHE DELL'ENTE "F. MIULLI".....	18
7. IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E DELL'AMBIENTE.....	18
7.1. La gestione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul Lavoro e ambientale	18
7.2. Il sistema di monitoraggio in materia di sicurezza sul lavoro ed in materia ambientale.....	20
8. PRINCIPI GENERALI DI CONTROLLO IN TUTTE LE AREE A RISCHIO REATO.....	20
9. L'ORGANISMO DI VIGILANZA DELL'OSPEDALE "F. MIULLI"	21
9.1. La composizione dell'Organismo ed i suoi requisiti	21
9.2. I compiti e i poteri dell'Organismo di Vigilanza.....	22
9.3. Il Regolamento dell'Organismo di Vigilanza	23
9.4. I flussi informativi che interessano l'Organismo di Vigilanza	23
10. IL CODICE ETICO DELL'ENTE "F. MIULLI"	25
10.1. Elaborazione ed approvazione del Codice Etico	25

10.2. Finalità e struttura del Codice Etico. I destinatari del Codice Etico.....	25
10.3. I principi generali che regolano l'attività dell'OSPEDALE "F. MIULLI".....	27
10.4. Principi e norme di comportamento.....	28
10.4.1. Norme di comportamento per i componenti degli organi direttivi.....	28
10.4.2. Norme di comportamento per il Personale.....	28
10.4.2.1. Rapporti con i rappresentanti della Pubblica Amministrazione.....	29
10.4.2.2. Studi Clinici.....	29
10.4.2.3. Donazioni.....	29
10.4.2.4. Doveri in materia sanitaria.....	30
10.4.2.5. Rapporti con fornitori e appaltatori.....	30
10.4.2.6. Rapporto con gli utenti.....	30
10.4.2.7. Gestione del contenzioso.....	30
10.4.2.8. Responsabilità in materia di controlli interni. Rispetto delle procedure.....	30
10.4.2.9. Riservatezza.....	31
10.4.2.10. Bilancio e altri documenti rilevanti.....	31
10.4.3. Norme di comportamento per gli Altri Destinatari.....	31
10.5. Le modalità di attuazione e controllo sul rispetto del Codice Etico.....	31
11. IL SISTEMA DISCIPLINARE DI OSPEDALE "F. MIULLI".....	32
11.1. L'elaborazione e l'adozione del Sistema Disciplinare.....	32
11.2. La struttura del Sistema Disciplinare.....	32
12. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO E SUI PROTOCOLLI CONNESSI. L'AGGIORNAMENTO DEL MODELLO.....	33
12.1. La comunicazione.....	33
12.2. La formazione sul Modello.....	33
12.3. Aggiornamento del Modello.....	34

1. IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001.

1.1. L'introduzione della c.d. responsabilità amministrativa da reato

Eseguendo la delega conferita dal Parlamento con la Legge 29 settembre 2000, n. 300, il Legislatore Delegato ha emanato, in data 8 giugno 2001, il D.Lgs. n. 231/2001 (di seguito, anche 'Decreto'), avente ad oggetto la "*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica*"¹.

Con il Decreto è stata introdotto, a carico degli enti² (di seguito, anche collettivamente indicati come 'Enti' e singolarmente come 'Ente'), un regime di responsabilità amministrativa (di fatto una vera e propria responsabilità penale) nell'ipotesi in cui alcune specifiche fattispecie di reato vengano commesse, nell'interesse o a vantaggio degli Enti stessi, e siano realizzate, ai sensi dell'art. 5 del Decreto, da:

- i) *persone che rivestono funzioni di rappresentanza, amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitino, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso* (c.d. soggetti in posizione apicale);
- ii) *persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui al punto i)* (c.d. soggetti in posizione subordinata).

Per configurare una responsabilità amministrativa riconducibile all'Ente sono individuate come rilevanti solo specifiche tipologie di reati c.d. presupposto ('Reati Presupposto'), la cui elencazione è rimandata all'allegato 1. Per quanto concerne i reati presupposto particolarmente rilevanti per l'attività dell'Ente "F. MIULLI", si vedano più diffusamente le Parti Speciali A, B, C, D, D1 ed E.

¹ È stata così adeguata la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune Convenzioni Internazionali già sottoscritte dal nostro Paese: Convenzione di Bruxelles, del 26 luglio 1995, sulla tutela degli interessi finanziari; Convenzione di Bruxelles, del 26 maggio 1997, sulla lotta alla corruzione di funzionari pubblici, sia della Comunità Europea che degli Stati membri; Convenzione OCSE, del 17 dicembre 1997, sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche ed internazionali. Il Legislatore ha ratificato, con la Legge n. 146/2006, la Convenzione ed i protocolli della Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale adottati dall'Assemblea Generale del 15 novembre 2000 e 31 maggio del 2001.

² Ossia, a norma del Decreto, gli enti forniti di personalità giuridica, le società e le associazioni anche prive di personalità giuridica, mentre sono esclusi lo Stato, gli enti pubblici territoriali, gli enti pubblici non economici e quelli che svolgono funzioni di rilievo costituzionale.

1.2. Le sanzioni previste dal Decreto. Modalità applicative.

Nell'ipotesi in cui i soggetti di cui all'art. 5 del Decreto commettano uno dei reati presupposto, l'Ente potrà subire l'irrogazione di alcune sanzioni che si presentano come particolarmente afflittive.

Ai sensi dell'art. 9 del Decreto, le tipologie di sanzioni applicabili (denominate *amministrative*), sono le seguenti:

- I. sanzioni pecuniarie;
- II. sanzioni interdittive;
- III. confisca;
- IV. pubblicazione della sentenza.

Sotto il profilo processuale, previa richiesta da parte della Procura della Repubblica, l'accertamento della eventuale responsabilità dell'Ente, nonché la determinazione sia dell'*an* che del *quantum* della sanzione, sono attribuiti al Giudice penale competente per il procedimento nei confronti delle persone fisiche che hanno commesso i reati di cui al Decreto.

Deve segnalarsi, tra l'altro, che l'Ente è ritenuto responsabile dei reati individuati dagli artt. 24 e ss. (ad eccezione delle fattispecie di cui all'art. 25 *septies* e dalle leggi speciali che hanno integrato il Decreto) anche se questi siano stati realizzati nelle forme del tentativo. In tali casi, però, le sanzioni pecuniarie e interdittive sono ridotte da un terzo alla metà.

I. Le sanzioni pecuniarie

Gli artt. 10, 11 e 12 del Decreto disciplinano le modalità di irrogazione delle sanzioni pecuniarie. Esse sono applicate per "quote", da 100 a mille, mentre l'importo di ciascuna quota va da € 258,23 a € 1.549,37. Il Giudice determina il numero di quote tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'Ente nonché dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del reato e prevenire il ripetersi di fatti del medesimo genere; l'importo della quota è fissato sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali dell'Ente coinvolto.

II. Le sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive sono individuate dal comma II dell'art. 9 del Decreto e possono essere irrogate solo in relazione a taluni dei reati c.d. presupposto; esse sono:

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

Anche in questo caso, il tipo e la durata delle sanzioni interdittive sono determinati dal Giudice penale che conosce del processo per i reati commessi dalle persone fisiche; le sanzioni interdittive hanno una durata minima di tre mesi e non possono superare i due anni.

Deve essere sottolineato che le sanzioni interdittive possono essere applicate all'Ente sia all'esito del giudizio di merito sia in via cautelare, ovvero quando:

- sono presenti gravi indizi per ritenere la sussistenza della responsabilità dell'Ente per un illecito amministrativo dipendente da reato;
- emergono fondati e specifici elementi che facciano ritenere l'esistenza del concreto pericolo che vengano commessi illeciti della stessa indole di quello per cui si procede;
- l'Ente ha tratto un profitto di rilevante entità.

III. La confisca

La confisca del prezzo o del profitto del reato è una sanzione obbligatoria che consegue alla eventuale sentenza di condanna (art. 19).

IV. La pubblicazione della sentenza

La pubblicazione della sentenza è una sanzione eventuale e presuppone l'applicazione di una sanzione interdittiva (art. 18).

Appare opportuno evidenziare che l'Autorità Giudiziaria può, inoltre, a mente del Decreto, disporre:

- a) il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca (art. 53);
- b) il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'Ente qualora sia riscontrata la fondata ragione di ritenere che *manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento o di altre somme dovute allo Stato* (art. 54).

1.3. Presupposti e finalità dell'adozione e dell'attuazione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo

Il Decreto prevede, agli artt. 6 e 7, forme specifiche di esonero della responsabilità amministrativa dell'Ente.

A mente dell'art. 6, comma I, nell'ipotesi in cui i fatti di reato siano addebitati a soggetti in posizione apicale, l'Ente non è ritenuto responsabile se prova che:

- a) ha adottato ed attuato, prima della commissione del fatto, un Modello di Gestione, Organizzazione e Controllo (di seguito, per brevità, anche solo 'Modello') idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) ha nominato un organismo, indipendente e con poteri autonomi, che vigili sul funzionamento e l'osservanza del Modello e ne curi l'aggiornamento (di seguito, anche 'Organismo di Vigilanza' o 'OdV' o anche solo 'Organismo');
- c) il reato è stato commesso eludendo fraudolentemente le misure previste nel Modello;
- d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'OdV.

Nel caso dei soggetti in posizione subordinata, l'adozione e l'efficace attuazione del Modello importa che l'Ente sarà chiamato a rispondere solo nell'ipotesi in cui il reato sia stato reso possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza (combinato di cui ai commi I e II dell'art. 7).

Sotto il profilo generale, le modalità per la costruzione di un valido Modello sono individuate dall'art. 6, il quale, al comma II, prevede che l'Ente debba:

- i. individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- ii. prevedere specifici protocolli volti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'Ente in relazione ai reati da prevenire;
- iii. individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire i reati;
- iv. prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'OdV;
- v. introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal Modello.

I commi III e IV dell'art. 7 prevedono, inoltre, che:

- il Modello deve prevedere misure idonee sia a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge, sia a scoprire tempestivamente situazioni di rischio, tenendo in considerazione il tipo di attività svolta nonché la natura e la dimensione dell'organizzazione;
- l'efficace attuazione del Modello richiede una verifica periodica e la modifica dello stesso qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni di legge o qualora intervengano significativi mutamenti nell'organizzazione o normativi; assume rilevanza, altresì, l'esistenza di un idoneo sistema disciplinare (condizione, invero, già prevista dalla lett. e), *sub* art. 6, comma II).

Alla luce delle disposizioni normative, dunque, sebbene non sia prevista come obbligatoria, l'adozione ed efficace attuazione di un Modello idoneo è, per gli Enti, un presupposto irrinunciabile per poter beneficiare dell'esimente prevista dal Legislatore.

2. I PARAMETRI DI RIFERIMENTO: LE LINEE GUIDA ELABORATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

Il Legislatore, dopo aver indicato il contenuto 'minimo' del Modello, ha previsto, al comma III dell'art. 6 del Decreto, che il Modello può essere adottato sulla base dei codici di comportamento, redatti dalle Associazioni di categoria rappresentative degli Enti, comunicati al Ministero di Giustizia, il quale può formulare osservazioni.

La prima Associazione a redigere un documento di indirizzo per la costruzione dei modelli è stata Confindustria che, nel marzo del 2002, ha emanato delle Linee Guida, poi parzialmente modificate e aggiornate prima nel maggio 2004, poi nel marzo 2008 e da ultimo nel marzo 2014 (di seguito, anche 'Linee Guida')³. Successivamente, molte altre Associazioni settoriali, hanno redatto le proprie Linee Guida tutte tenendo in considerazione i principi già enucleati dalla Confindustria, le cui Linee Guida costituiscono, quindi, l'imprescindibile punto di partenza per la corretta costruzione di un Modello.

In data 30 giugno 2005, l'ARIS, Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, ha emanato le proprie Linee Guida poi parzialmente modificate e aggiornate a febbraio 2010, che tengono conto della specificità del settore in cui operano enti come l'Ospedale "F. MIULLI".

3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'ENTE ECCLESIASTICO "F. MIULLI"

3.1. L'attività dell'Ente "F. MIULLI"

L'OSPEDALE "F. MIULLI" (di seguito anche "Ente" o "Ospedale") è un Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale, classificato ai sensi della L. n. 132/1968, la cui sede è ad Acquaviva delle Fonti.

L'Ospedale ha come finalità istituzionale l'espletamento dell'assistenza ospedaliera in ogni sua possibile forma di erogazione, con specifico riferimento alle fasce più povere

³ Tutte le versioni delle Linee Guida di Confindustria sono state poi giudicate adeguate dal Ministero di Giustizia.

e bisognose della comunità servita, in uno spirito di solidarietà umana e cristiana, secondo le volontà dei suoi fondatori.

L'insieme di tutte le componenti strutturali, umane organizzative, burocratiche e funzionali, afferenti in modo organico e sinergico è finalizzato:

- alla promozione e alla realizzazione della tutela della salute intesa come bene primario dell'uomo, in piena aderenza alla lettera e allo spirito dell'art. 32 della Costituzione, esercitando funzioni di assistenza ospedaliera pubblica;
- al soddisfacimento dei bisogni sanitari ed assistenziali della comunità servita nelle forme e nei modi previsti dalla legislazione statale e regionale;

L'Ospedale "F. Miulli", pertanto, assicura ed eroga nei confronti di tutta l'utenza che sceglie di accedere ai suoi servizi, prestazioni di ricovero e cura, di riabilitazione e di prevenzione, in day-hospital ed ambulatoriale, in un regime giuridico identico a quello vigente per le strutture del S.S.N. eroga, anche, a pagamento, prestazioni non erogate dal S.S.N. garantendo però, in tal caso, tariffe corrispondenti alla misura prevista.

Nello svolgimento della propria attività, anche in ragione degli interessi particolari di cui è portatore, l'Ente mantiene una costante attenzione alle attese degli interlocutori.

Sulla base di questi presupposti, l'Ente, al fine di ulteriormente migliorare il proprio apparato, ha deciso di ottemperare alle disposizioni di cui al Decreto al fine di implementare un sistema idoneo a mitigare il rischio del verificarsi di ogni forma di irregolarità nello svolgimento dell'attività dell'Ente, e di conseguenza da limitare il pericolo di commissione dei reati indicati dal Decreto.

3.2. I lavori preliminari all'adozione ed all'aggiornamento del Modello dell'Ente "F. MIULLI"

A seguito dell'emissione del Decreto, L'Ospedale "F. Miulli" è stato tra i primissimi Enti ad attivarsi per procedere, alla formalizzazione del suo Modello organizzativo, previa l'esecuzione di un'analisi dell'intera struttura organizzativa aziendale e del proprio sistema di controlli interni, onde verificarne l'adeguatezza rispetto ai fini di prevenzione dei reati rilevanti.

Nel giugno 2008, infatti, è stato formato un Gruppo di Lavoro interno dell'Ente supportato metodologicamente e tecnicamente da consulenti esterni, provenienti da Società di consulenza e da uno Studio Legale con provata esperienza nel settore, affinché venissero svolte le attività di compliance risk assessment, necessarie al fine di addivenire ad un corretto adozione del Modello.

Tale attività è stata svolta attraverso l'esame della documentazione aziendale, nonché l'esecuzione di numerose interviste al personale, le quali si sono articolate in due diversi livelli di approfondimento. All'esito di tale lavoro, è stato messo a punto un elenco delle aree "a rischio reato", vale a dire di quei settori dell'Ente e/o processi rispetto ai quali è stato ritenuto astrattamente sussistente, alla luce dei risultati della mappatura, il rischio di commissione dei reati, tra quelli indicati dal Decreto, astrattamente riconducibili alla tipologia di attività svolta dall'Ente.

Sono state, altresì, individuate (con riguardo ai reati contro la Pubblica Amministrazione) le c.d. aree "strumentali", ossia le aree che gestiscono strumenti di tipo finanziario e/o mezzi sostitutivi che possono supportare la commissione dei reati nelle aree "a rischio reato".

Nell'ambito di ciascuna area "a rischio reato", sono poi state individuate le attività c.d. "sensibili", ovvero quelle al cui espletamento è connesso il rischio di commissione dei reati, e le direzioni ed i ruoli aziendali coinvolti.

Per ognuna delle attività sensibili, si è quindi provveduto ad individuare quelle che, in astratto, possono essere considerate alcune delle modalità di commissione dei reati presi in considerazione.

Il Gruppo di Lavoro ha, quindi, provveduto alla rilevazione ed alla analisi dei controlli aziendali - verificando il Sistema Organizzativo, il Sistema di attribuzione di Procure e Deleghe, nonché le procedure esistenti e ritenute rilevanti ai fini dell'analisi (c.d. fase as is analysis) - nonché alla successiva identificazione dei punti di miglioramento, con la formulazione di appositi suggerimenti, nonché dei piani di azione per

l'implementazione dei principi di controllo (c.d. gap analysis).

Per quanto riguarda i reati in materia di salute e sicurezza, come individuato dalle Linee Guida, tutte le attività sono potenzialmente rischiose. Si è proceduto pertanto, a individuare, in accordo con le attività previste dal D. Lgs. 81/2008, i fattori di rischio principali così come enunciati dal Documento di Valutazione dei Rischi.

E' stata, altresì, presa in considerazione l'ambito di attività che può avere rilevanza per quello che concerne il reato di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

A conclusione delle attività sopra descritte, in data 30 dicembre 2011 l'Ente ha provveduto, mediante delibera n. 310 firmata dal Governatore, ad:

- a) approvare formalmente il "Documento di Sintesi" del Modello, suddiviso in una Parte Generale, e in tre Parti Speciali in cui sono riportati i reati nelle materie di più significativa rilevanza per l'Ospedale Miulli (Reati contro la Pubblica Amministrazione, Reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro, Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili);
- b) approvare in modo specifico il nuovo Codice Etico che sostituisce il precedente approvato con la richiamata deliberazione del 6 ottobre 2008;
- c) approvare in modo specifico, ai sensi degli artt. 6, comma 2, e 7, comma 4, del D.Lgs. n. 231/2001, il Sistema Disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello, protocollo che opera nel rispetto delle norme vigenti, della contrattazione collettiva e dei vigenti Regolamenti disciplinari dell'Ente;
- d) istituire l'Organismo di Vigilanza (OdV), cui affidare il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curare il suo aggiornamento, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n. 231/2001;
- e) approvare lo Statuto del predetto organo collegiale;

L'aggiornamento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo nell'Aprile 2015

Successivamente all'approvazione della prima versione del Modello, l'Ospedale "F. Miulli", anche per effetto dell'introduzione di ulteriori fattispecie di reato nell'ambito

del D.Lgs n. 231/2001, ha provveduto ad aggiornare ed integrare il proprio Modello, tenendo conto:

- dei cambiamenti organizzativi aziendali dell'Ente;
- dell'evoluzione del quadro normativo.

Con riferimento alle innovazioni normative, l'attuale Modello dell'Ente "F. Miulli" è stato aggiornato in merito ai Reati contro la Pubblica Amministrazione, ai Reati Societari, al Reato di "Corruzione tra privati", al Reato di Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, ai Reati Ambientali ed ai Reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Nel maggio 2014 è stato formato un Gruppo di Lavoro composto da consulenti esterni, provenienti da una Società di consulenza con provata esperienza nel settore, affinché venissero svolte le attività di risk assessment, necessarie all'aggiornamento del Modello.

Tali attività si sono concluse nel mese di marzo 2015.

Sulla scorta anche delle indicazioni contenute nelle Linee Guida di riferimento, la costruzione del Modello (e la successiva redazione del presente documento) si è articolata nelle fasi di seguito descritte:

- (i) esame preliminare del contesto dell'Ente attraverso l'analisi della documentazione rilevante;
- (ii) analisi storica, finalizzata mediante incontri con il management, a identificare eventuali situazioni pregresse dell'Ente in cui si siano verificati comportamenti non conformi alle regole/norme/procedure e/o fattispecie in cui si sia incorsi in reati ex D.lgs. 231/01;
- (iii) individuazione delle aree "a rischio reato" e/o delle attività "sensibili", ossia delle aree dell'Ente per le quali è stato ritenuto astrattamente sussistente, sulla base dei risultati dell'analisi, il rischio di commissione dei reati presi in esame;
- (iv) individuazione delle c.d. aree "strumentali", ossia le aree che gestiscono strumenti di tipo finanziario e/o mezzi sostitutivi che possono supportare la commissione dei reati nelle aree "a rischio reato";
- (v) rilevazione ed individuazione del sistema di controllo dell'Ente finalizzato a prevenire la potenziale commissione dei reati oggetto di analisi. Tali rilevazioni

sono state definite in collaborazione con i responsabili delle diverse Unità Operative dell'Ente e condivise dagli stessi.

A conclusione delle attività sopra descritte, in data 09 aprile 2015 l'Ente ha provveduto, mediante delibera n. 31 firmata dal Governatore, ad:

- a) aggiornare il "Documento di Sintesi" del Modello, suddiviso in una Parte Generale, e in sei Parti Speciali in cui sono riportati i reati nelle materie di più significativa rilevanza per l'Ospedale Miulli (Reati contro la Pubblica Amministrazione, Reati Societari, Reato di "Corruzione tra privati", Reato di Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, Reati Ambientali ed Reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro);
- b) approvare in modo specifico il nuovo Codice Etico che sostituisce il precedente approvato con la richiamata deliberazione del 6 ottobre 2008;
- c) approvare in modo specifico, ai sensi degli artt. 6, comma 2, e 7, comma 4, del D.Lgs. n. 231/2001, il Sistema Disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello, protocollo che opera nel rispetto delle norme vigenti, della contrattazione collettiva e dei vigenti Regolamenti disciplinari dell'Ente;
- d) istituire l'Organismo di Vigilanza (OdV), cui affidare il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curare il suo aggiornamento, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n. 231/2001;
- e) approvare lo Statuto del predetto organo collegiale.

3.3. Il Modello dell'Ente "F. MIULLI". Formalizzazione dei documenti che lo compongono.

Il Modello dell'Ente "F. Miulli" è costituito da una Parte Generale che contiene i principi cardine dello stesso e da una Parte Speciale, a sua volta suddivisa in sezioni in relazione alle diverse categorie di reati previsti dal D.Lgs. n. 231 del 2001.

In particolare, la struttura del Modello di OSPEDALE "F. MIULLI" è riportata nel Documento di Sintesi del Modello, costituito da una Parte Generale e dalle Parti Speciali.

Nella Parte Generale sono rappresentati sinteticamente i protocolli sotto indicati (di

seguito, anche 'Protocolli'), che – in conformità a quanto previsto dalle Associazioni di categoria - compongono il Modello dell'OSPEDALE "F. MIULLI":

- il sistema organizzativo;
- i poteri autorizzativi e di firma;
- le procedure manuali ed informatiche;
- il Codice Etico;
- il Sistema Disciplinare;
- la comunicazione al personale e la sua formazione.

Sempre nella Parte Generale, è riportata sinteticamente la regolamentazione dell'OdV, oggetto di un ulteriore documento (lo Statuto dell'Organismo di Vigilanza).

Con riferimento alle Parti Speciali, il Modello dell'Ente si compone di sei Parti Speciali, ovvero:

- Parte Speciale A relativa ai c.d. Reati contro la Pubblica Amministrazione;
- Parte Speciale B relativa ai c.d. Reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- Parte Speciale C relativa al reato di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili;
- Parte Speciale D relativa ai Reati Societari;
- Parte Speciale D1 relativa ai Reati di Corruzione tra Privati;
- Parte Speciale E relativa ai Reati Ambientali.

Ogni Parte Speciale, per ciascuna categoria di reati presupposto, contiene al suo interno, una sintetica descrizione degli illeciti che possono essere fonte di una responsabilità amministrativa dell'Ente, l'indicazione delle Aree a Rischio Reato individuate e la descrizione delle principali regole di comportamento implementate dall'Ente, cui i Destinatari del Modello si devono attenere al fine di prevenire la commissione di tali reati.

Il presente Documento di Sintesi è, inoltre, accompagnato da alcuni allegati nonché da specifici documenti che completano e specificano il quadro della organizzazione, della gestione e del controllo dell'OSPEDALE "F. MIULLI" e che devono essere considerati in maniera unitaria costituendo tutti insieme il Modello dell'Ente, ossia:

- il Codice Etico contenente l'insieme dei diritti, doveri e responsabilità dell'Ente

- nei confronti dei destinatari del Modello stesso;
- il Sistema Disciplinare e relativo meccanismo sanzionatorio da applicare in caso di violazione del Modello;
- lo Statuto dell'Organismo di Vigilanza.

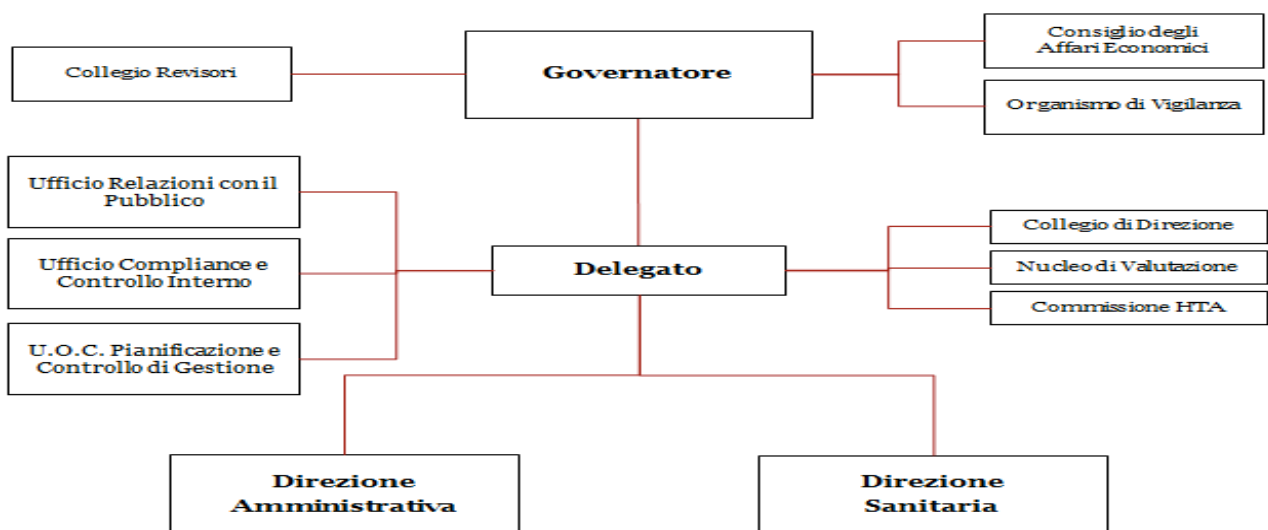
4. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'“F. MIULLI”.

Il sistema organizzativo dell'Ente “F. MIULLI” è stato strutturato con la finalità di assicurare all'Ente l'attuazione della propria *mission* istituzionale.

La struttura organizzativa dell'Ente mira a garantire la separazione di compiti, ruoli e responsabilità tra le funzioni e la massima efficienza.

Alla luce della peculiarità della propria struttura organizzativa e delle attività svolte, l'OSPEDALE “F. MIULLI”, il Governatore mediante delibera datata 28 ottobre 2013, ha provveduto modificare aggiornandola la struttura organizzativa definendo le linee di supporto funzionale alle attività svolte dall'Ente. I ruoli, compiti e responsabilità in capo ad ogni funzione sono stati formalmente assegnati ed attribuiti tramite un chiaro sistema di deleghe e poteri.

La struttura organizzativa dell'Ospedale è sinteticamente rappresentata nel seguente organigramma:



Dal punto di vista della governance l'Ente "F. MIULLI" risulta, pertanto, attualmente così articolato:

- Governatore e il Delegato del Governatore:

OMISSIS

- Consiglio per gli Affari Economici:

OMISSIS

- Collegio dei Revisori:

OMISSIS

- Società di Revisione

OMISSIS

- Collegio di Direzione

OMISSIS

- Nucleo di Valutazione

OMISSIS

- Commissione HTA

OMISSIS

- Ufficio Relazioni con il Pubblico

OMISSIS

- Ufficio Compliance e Controllo Interno

OMISSIS

- U.O.C. Pianificazione e Controllo di Gestione

OMISSIS

Le attività di carattere amministrativo e medico sanitario invece sono rispettivamente demandate alla:

- Direzione Amministrativa

OMISSIS

- Direzione Sanitaria

OMISSIS

5. I POTERI AUTORIZZATIVI E DI FIRMA

I poteri sono attribuiti in coerenza con la nuova struttura organizzativa dell'Ente, aggiornata mediante approvazione del Governatore il 28 ottobre 2013, e nel rispetto dei principi di segregazione di compiti e responsabilità incompatibili. I compiti e le responsabilità in essa definiti, sono assicurate:

- nel rispetto delle procedure, ordini di servizio e delibere emanati dal Governatore/Delegato, nonché dei limiti delle deleghe e dei poteri di firma autorizzativi attribuiti;
- nel rispetto del Modello di Organizzazione e Gestione e Controllo dell'Ente e del Codice Etico;
- in coerenza con le linee di indirizzo definite e le finalità dell'Ente.

OMISSIS

6. LE PROCEDURE MANUALI ED INFORMATICHE DELL'ENTE "F. MIULLI".

L'OSPEDALE "F. MIULLI", nel rispetto dei principi indicati dalle Linee Guida A.R.I.S. ha messo a punto un complesso di procedure volto a regolamentare lo svolgimento delle principali attività aziendali.

In particolare, le procedure approntate dall'Ente costituiscono le regole da seguire in seno ai processi interni interessati, prevedendo anche i controlli da espletare al fine di garantire la correttezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività dell'Ente.

Le procedure, oltre ad essere diffuse e pubblicizzate attraverso specifica comunicazione e formazione, sono raccolte e poste a disposizione di tutti i soggetti interni presso la sede dell'Ospedale.

OMISSIS

7. II SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E DELL'AMBIENTE

7.1. La gestione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul Lavoro e ambientale

La gestione delle questioni connesse alla salute ed alla sicurezza sul lavoro e all'ambiente è effettuata con l'obiettivo di provvedere in via sistematica:

- all'identificazione di tutti i rischi nonché alla loro valutazione;
- all'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione adeguate rispetto ai rischi riscontrati;

- alla limitazione al minimo del numero di lavoratori esposti a rischi;
- alla definizione di adeguate misure di protezione collettiva e individuale, fermo restando che le prime devono avere priorità sulle seconde;
- al controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici;
- alla programmazione della prevenzione;
- alla formazione, all'addestramento, alla comunicazione ed al coinvolgimento adeguato di tutti i soggetti coinvolti o interessati alle questioni connesse alla SSL ed alla tutela ambientale;
- alla regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine e impianti, con particolare riguardo alla manutenzione dei dispositivi di sicurezza in conformità alle indicazioni dei fabbricanti;
- alla corretta gestione degli impianti contenenti sostanze ozono-lesive;
- al corretto smaltimento dei rifiuti, speciali o pericolosi che devono essere disciplinati con protocolli aziendali specifici;
- al monitoraggio della gestione e dello smaltimento rifiuti qualora tali attività sono svolte da Terzi;
- a una particolare cura delle sale operatorie, quali ambienti salubri, asettici e incontaminati.

Le modalità operative per il concreto svolgimento delle attività ed il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati sono definite nelle procedure operative specifiche interne, redatte in conformità alla normativa vigente, le quali assicurano l'adeguata tracciabilità dei processi e delle attività svolte.

Tali attività operative consentono all'Ente di effettuare efficacemente l'attività di gestione dei rischi ambientali e dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

In ogni caso, il sistema predisposto dall'Ente prevede la puntuale definizione formale dei compiti, dei doveri e delle responsabilità spettanti a ciascuna categoria di soggetti coinvolti in materia di salute e sicurezza sul lavoro ed in materia ambientale, in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'Ente.

7.2. Il sistema di monitoraggio in materia di sicurezza sul lavoro ed in materia ambientale

La gestione della salute e sicurezza sul lavoro e ambiente prevede una fase di verifica del mantenimento delle misure di prevenzione e protezione dei rischi adottate e valutate idonee ed efficaci. Le misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione realizzate dall'Ente vengono sottoposte a monitoraggio pianificato. L'impostazione di un piano di monitoraggio si sviluppa attraverso:

- la programmazione temporale delle verifiche (frequenza);
- l'attribuzione di compiti e di responsabilità esecutive;
- la descrizione delle metodologie da seguire;
- le modalità di segnalazione delle eventuali situazioni difformi.

8. PRINCIPI GENERALI DI CONTROLLO IN TUTTE LE AREE A RISCHIO REATO

In aggiunta ai controlli specifici descritti in ciascuna Parte Speciale del presente Modello, l'Ente ha implementato specifici controlli generali applicabili in tutte le Aree a Rischio Reato.

Si tratta, nello specifico, dei seguenti:

- **Trasparenza:** ogni operazione/transazione/azione deve essere giustificabile, verificabile, coerente e congruente;
- **Separazione delle funzioni/Poteri:** nessuno può gestire in autonomia un intero processo e può essere dotato di poteri illimitati; i poteri autorizzativi e di firma devono essere definiti in modo coerente con le responsabilità organizzative assegnate;
- **Adeguatezza delle norme interne:** l'insieme delle norme aziendali deve essere coerente con l'operatività svolta ed il livello di complessità organizzativa e tale da garantire i controlli necessari a prevenire la commissione dei reati previsti dal Decreto;
- **Tracciabilità/Documentabilità:** ogni operazione/transazione/azione, nonché la relativa attività di verifica e controllo devono essere documentate e la documentazione deve essere adeguatamente archiviata.

9. L'ORGANISMO DI VIGILANZA DELL'OSPEDALE "F. MIULLI"

Con riferimento all'Organismo di Vigilanza, il Governatore, previa informativa al Consiglio per gli Affari Economici dell'Ente "F. MIULLI" ha approvato il documento denominato "Statuto dell'Organismo di Vigilanza" dell'Ente "F. MIULLI", che costituisce parte integrante del Modello stesso.

In esso sono disciplinati i seguenti profili:

- la composizione dell'OdV;
- le modalità di nomina e la durata dell'incarico;
- le cause di ineleggibilità e decadenza dell'OdV;
- i presupposti e le modalità di revoca dell'incarico dell'OdV;
- i compiti ed i poteri dell'OdV;
- le risorse assegnate all'OdV;
- i flussi informativi: a) dall'OdV nei confronti degli organi e delle risorse aziendali; b) nei confronti dell'OdV;
- le norme etiche che regolamentano l'attività dell'OdV;
- i profili di responsabilità dell'OdV.

Nel rinviare, per una più puntuale rappresentazione, all'apposito documento si ritiene opportuno, in questa sede, riportare solo alcuni dei punti salienti.

9.1. La composizione dell'Organismo ed i suoi requisiti

In conformità a quanto previsto dalle Linee Guida delle Associazioni di riferimento l'Ente ha optato per la nomina di un OdV collegiale che rimane in carica per 3 anni.

L'OdV è costituito da 3 componenti (dei quali almeno 2 esterni).

OMISSIS

In conformità a quanto previsto dalle suddette Linee Guida, l'OdV dell'Ente "F. MIULLI"

si caratterizza per rispondere ai seguenti requisiti:

- autonomia e indipendenza: l'OdV è infatti privo di compiti operativi, così evitando che sia pregiudicata l'obiettività del suo giudizio;
- professionalità: intesa come insieme di conoscenze specifiche, sia di carattere ispettivo che consulenziale, necessarie allo svolgimento dell'attività assegnata;
- continuità di azione: la struttura dell'OdV è dedicata esclusivamente e a tempo pieno all'attività di vigilanza e a tal fine è provvista di un *budget* idoneo nonché di adeguate risorse;
- onorabilità ed assenza di conflitti di interessi: da intendersi nei medesimi termini previsti dalla Legge con riferimento ad amministratori e membri del Collegio Sindacale.

9.2. I compiti e i poteri dell'Organismo di Vigilanza

In conformità al disposto di cui all'art. 6, I comma del Decreto, all'OdV dell'Ente "F. MIULLI" è affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento.

In via generale, pertanto, spettano all'OdV i seguenti compiti:

- 1) di verifica e vigilanza sul Modello, ovvero:

OMISSIS

- 2) di aggiornamento del Modello, ovvero:

OMISSIS

- 3) di informazione e formazione sul Modello, ovvero:

OMISSIS

Per l'espletamento dei compiti ad esso assegnati all'OdV sono riconosciuti tutti i più ampi poteri.

L'OdV, quindi, anche per il tramite delle risorse ad esso assegnate, ha facoltà, a titolo

di mero esempio:

- di effettuare, anche a sorpresa, tutte le verifiche e le ispezioni ritenute opportune ai fini del corretto espletamento dei propri compiti;
- di libero accesso presso tutte le unità aziendali, gli archivi ed i documenti dell'Ente, senza alcun consenso preventivo o necessità di autorizzazione, al fine di ottenere ogni informazione, dato o documento ritenuto necessario;
- di disporre, ove occorra, l'audizione delle risorse che possano fornire indicazioni o informazioni utili in merito allo svolgimento dell'attività dell'Ente o ad eventuali disfunzioni o violazioni del Modello;
- di avvalersi, sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità, dell'ausilio di tutte le strutture dell'Ente ovvero di consulenti esterni;
- di disporre, per ogni esigenza necessaria al corretto svolgimento dei suoi compiti, delle risorse finanziarie stanziare dall'Ente.

9.3. Il Regolamento dell'Organismo di Vigilanza

L'OdV, una volta nominato, predispone un proprio regolamento interno volto a disciplinare gli aspetti e le modalità concreti dell'esercizio della propria azione.

Nell'ambito di tale regolamento sono disciplinati, tra gli altri, i seguenti profili:

- a) la tipologia delle attività di verifica e di vigilanza svolte dall'OdV;
- b) la tipologia delle attività connesse all'aggiornamento del Modello;
- c) l'attività connessa all'adempimento dei compiti di informazione e formazione dei Destinatari del Modello;
- d) la gestione dei flussi informativi da e verso l'OdV;
- e) il funzionamento e l'organizzazione interna dell'OdV.

9.4. I flussi informativi che interessano l'Organismo di Vigilanza

L'OdV, deve essere tempestivamente informato da tutti i soggetti dell'Ente, nonché dai terzi tenuti all'osservanza delle previsioni del Modello, di qualsiasi notizia relativa all'esistenza di possibili violazioni dello stesso.

OMISSIS

L'Ente ha attivato i più opportuni canali di comunicazione al fine di permettere l'inoltro delle segnalazioni istituendo una apposita casella di posta elettronica organismodivigilanza231@miulli.it. Le segnalazioni, inoltre, possono essere inoltrate anche per posta, anche in forma anonima, all'indirizzo: Organismo di Vigilanza, OSPEDALE "F. MIULLI", Strada Provinciale 127 Acquaviva Santeramo km 4,100.

I medesimi canali di comunicazione sono utilizzati anche per le informazioni di cui al precedente punto *sub B*.

L'OdV, nel corso della eventuale attività di indagine che scaturisca dalla segnalazione, deve agire in modo da garantire che i soggetti coinvolti non siano oggetto di ritorsioni e/o discriminazioni. L'OdV deve assicurare, quindi, la riservatezza del soggetto che effettua la segnalazione (salvo la ricorrenza di eventuali obblighi di legge).

Quanto all'attività di *reporting* dell'OdV verso gli organi dell'Ente, l'OdV:

- in ogni momento, in presenza di particolari necessità o in caso di urgenza, relaziona al Governatore, il quale assume le determinazioni più opportune;
- relaziona per iscritto, su base semestrale al Governatore, al Delegato del Governatore nonché al Consiglio per gli Affari Economici e al Collegio dei Revisori sull'attività compiuta nel periodo e sull'esito della stessa, fornendo pure una anticipazione sulle linee generali di intervento per il periodo successivo.

Al Collegio dei Revisori la relazione viene anche inviata per posta a mezzo di raccomandata A/R o a mezzo e-mail con richiesta della conferma di lettura.

L'attività di *reporting* avrà ad oggetto, in particolare:

- l'attività, in genere, svolta dall'OdV;
- eventuali problematiche o criticità che si siano evidenziate nel corso dell'attività di vigilanza;
- i correttivi, necessari o eventuali, da apportare al fine di assicurare l'efficacia e l'effettività del Modello;
- l'accertamento di comportamenti non in linea con il Modello;
- la rilevazione di carenze organizzative o procedurali tali da esporre l'Ente al

- pericolo che siano commessi reati rilevanti ai fini del Decreto;
- l'eventuale mancata o carente collaborazione da parte delle funzioni aziendali nell'espletamento dei propri compiti di verifica e/o d'indagine;
 - in ogni caso, qualsiasi informazione ritenuta utile ai fini dell'assunzione di determinazioni urgenti da parte degli organi deputati.

Gli incontri con gli organi societari devono essere verbalizzati e le copie devono essere conservate presso gli uffici dell'Odv.

10. IL CODICE ETICO DELL'ENTE "F. MIULLI"

10.1. Elaborazione ed approvazione del Codice Etico

L'OSPEDALE "F. MIULLI" ha sempre prestato particolare attenzione ai profili etici della propria attività sanitaria.

In conformità a quanto previsto dalle Linee Guida delle Associazioni di categoria, l'Ente ha approvato un proprio "Codice Etico" che è parte integrante e uno dei capisaldi del Modello.

Il Codice Etico costituisce il punto di riferimento per fornire l'indirizzo etico di tutte le attività dell'Ente, ai fini del Decreto.

10.2. Finalità e struttura del Codice Etico. I destinatari del Codice Etico

Il Codice Etico dell'Ente "F. MIULLI" dettaglia i principi generali e le regole comportamentali cui l'Ente riconosce valore etico positivo ed a cui devono conformarsi tutti i destinatari del Codice stesso. Il complesso delle regole contenute nel Codice Etico, mira alla salvaguardia degli interessi degli *stakeholders*, nonché a proteggere la reputazione dell'Ospedale, assicurando, nel contempo, un approccio etico nello svolgimento di tutte le proprie attività.

Al fine di garantire una piena effettività delle previsioni del Codice Etico, sono tenuti all'osservanza dei principi etici e delle norme di comportamento ivi indicati: i componenti

degli Organi Direttivi, i dipendenti, i professionisti che erogano prestazioni nell'interesse dell'Ente (di seguito, per brevità, congiuntamente indicati quali 'Personale'), nonché tutti coloro che, pur esterni all'Ente, operino, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, per esso (es., consulenti, procuratori, collaboratori a qualsiasi titolo, fornitori, appaltatori e qualsiasi soggetto operi in nome o per conto dell'Ente stesso, di seguito, indicati quali "Altri Destinatari") (tutti i soggetti indicati nel paragrafo saranno complessivamente definiti, nel prosieguo, "Destinatari").

Pur rimandando più diffusamente al documento apposito, di seguito sono riportati alcuni dei punti salienti dello stesso.

10.3. I principi generali che regolano l'attività dell'OSPEDALE "F. MIULLI"

Nella prima sezione del Codice Etico, sono individuati i principi generali che regolano l'attività dell'Ospedale e rappresentano i valori fondamentali cui i Destinatari hanno l'obbligo di attenersi nella conduzione delle attività dell'Ente.

In particolare, i principi etici fondamentali adottati dall'OSPEDALE "F. MIULLI" riguardano i valori di seguito elencati:

- Promozione e sostegno della vita umana in tutte le sue forme nel rispetto della dignità dell'uomo
- Difesa dei diritti umani e in special modo dei più deboli, dei bambini, dei malati terminali e degli anziani, senza distinzioni di razza, sesso o religione
- Disponibilità alla collaborazione con tutti gli enti impegnati nel miglioramento delle condizioni di vita dei malati e dei sofferenti
- Riconoscimento e tutela dell'autonomia della persona umana nelle scelte che riguardano la propria vita
- Qualità dei servizi
- Tutela dell'utente
- Correttezza nella gestione e negoziazione dei contratti
- Tutela della salute e della sicurezza sul lavoro
- Rispetto dell'ambiente
- Rispetto delle leggi
- Onestà e imparzialità
- Divieto di conflitto di interessi
- Divieto di pagamenti e pratiche illecite
- Trasparenza
- Tutela della trasparenza nelle transazioni commerciali (anti-riciclaggio)
- Tutela della privacy e trattamento delle informazioni
- Rapporti con enti locali ed istituzioni pubbliche
- Ripudio di ogni forma di terrorismo
- Rapporti con associazioni, organizzazioni sindacali e partiti politici
- Tutela dei beni dell'Ente

- Valore delle risorse umane
- Valorizzazione dell'Ente
- Etica nell'informazione

10.4. Principi e norme di comportamento

Una apposita sezione del Codice Etico è riservata alla specificazione dei principi di comportamento che ciascuna delle categorie di Destinatari del Modello devono osservare.

10.4.1. Norme di comportamento per i componenti degli organi direttivi

Nello svolgimento della loro attività, i componenti degli organi direttivi devono rispettare le leggi e i principi del Codice Etico e, quindi, tenere un comportamento ispirato ad autonomia, indipendenza e correttezza nei rapporti con qualsivoglia interlocutore, sia pubblico sia privato.

Essi devono tenere un comportamento responsabile e leale nei confronti dell'Ente e astenersi dal compiere atti in presenza di un conflitto di interesse. Devono, inoltre, fare un uso riservato delle informazioni di cui vengono a conoscenza per ragione del loro ufficio.

10.4.2. Norme di comportamento per il Personale

Il Personale deve uniformare la propria condotta, sia nei rapporti interni e sia nei confronti degli interlocutori esterni all'Ente, alla normativa vigente, ai principi espressi dal Codice Etico ed alle norme di comportamento appositamente indicate, nel rispetto del Modello e delle procedure vigenti.

In via generale, il Personale deve evitare di porre in essere, di dar causa o di collaborare alla realizzazione di comportamenti idonei, anche in via potenziale, ad integrare alcuna delle fattispecie di reato richiamate nel Decreto, e deve collaborare con l'Organismo di Vigilanza nel corso delle attività di verifica e vigilanza da questi espletate, fornendo le informazioni, i dati e le notizie da esso richieste.

Nella sezione relativa al Personale, inoltre, sono illustrate le norme ed i principi

comportamentali dettati con precipuo riguardo a particolari questioni ed a specifici settori della vita aziendale i cui tratti salienti sono, in estrema sintesi, di seguito esposti.

10.4.2.1. Rapporti con i rappresentanti della Pubblica Amministrazione

Il Personale che intrattiene, nell'esercizio delle sue funzioni, rapporti con interlocutori istituzionali, deve adottare comportamenti rispettosi sia delle disposizioni legislative vigenti che del presente Codice in modo da non compromettere l'integrità e l'immagine dell'Ente.

In qualsiasi trattativa o rapporto con la Pubblica Amministrazione, è fatto esplicito divieto a tutti i collaboratori interni ed esterni di influenzare impropriamente le decisioni della controparte, ad esempio mediante offerte, promesse, dazioni di denaro o di qualunque altra utilità (quale, ad esempio, l'attribuzione di incarichi, consulenze, sponsorizzazioni, ecc.), con la finalità di promuovere o favorire l'interesse dell'Ente.

Allo stesso modo, non è consentito accettare denaro, beni, omaggi o, comunque, utilità da rappresentanti della Pubblica Amministrazione così come dai privati.

Nella gestione contabile dell'Ente e nella formulazione di atti contabili dovrà essere garantita la massima trasparenza ai fini dei procedimenti di verifica e di controllo.

10.4.2.2. Studi Clinici

Gli Studi Clinici, intrapresi dall'Ente, dovranno avere finalità esclusivamente scientifiche. La Direzione Sanitaria, nell'intraprendere qualsiasi tipo di studio, dovrà, innanzitutto, identificare gli obiettivi dello studio al fine di valutarne l'opportunità, gli elementi e le condizioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati; nonché dovrà poi prestare e garantire particolare attenzione e correttezza nella gestione di tutti gli adempimenti relativi alle ricerca e sperimentazione e richiesti dal Ministero della Salute o da altri enti pubblici competenti.

10.4.2.3. Donazioni

Il Personale autorizzato può ricevere donazioni in favore dell'Ente con finalità di

beneficienza e altri scopi filantropici nel rispetto delle normative applicabili, a condizione che tali donazioni vengano adeguatamente documentate.

10.4.2.4. Doveri in materia sanitaria

Nello svolgimento delle funzioni o del servizio non è consentito in alcun modo violare norme di legge, di regolamento e dei codici di deontologia professionale, quali, a titolo meramente esemplificativo, eccedere o ingiustificatamente limitare prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche o, ancora, favorire ripetuti e ingiustificati ricoveri ospedalieri.

10.4.2.5. Rapporti con fornitori e appaltatori

Il Personale si impegna a costruire relazioni commerciali con fornitori e appaltatori improntate alla massima correttezza, trasparenza e parità, sempre nel rispetto della corretta pratica commerciale, evitando informazioni ingannevoli e comportamenti ambigui dai quali possano derivare indebiti vantaggi.

10.4.2.6. Rapporto con gli utenti

A salvaguardia dell'asimmetria informativa nella quale inevitabilmente versa l'utente, il Personale si impegna a fornire informazioni corrette, comprensibili, esaustive e puntuali riguardanti tutti gli aspetti delle prestazioni sanitarie di cui l'utente intende usufruire.

10.4.2.7. Gestione del contenzioso

Il Personale preposto alla gestione del contenzioso deve rispettare scrupolosamente i principi contenuti nelle apposite prassi/procedure dell'Ente.

Le relazioni con i Consulenti e con le controparti devono essere chiare e improntate ai principi della lealtà e della correttezza.

10.4.2.8. Responsabilità in materia di controlli interni. Rispetto delle procedure

Ogni persona che fa parte dell'organizzazione dell'Ente è parte integrante del suo sistema di controllo interno ed ha il dovere di contribuire, nell'ambito delle funzioni ed attività svolte, al suo corretto funzionamento, nonché di segnalare al proprio

responsabile le eventuali carenze riscontrate nel sistema dei controlli.

10.4.2.9. Riservatezza

Il Personale deve trattare con assoluta riservatezza, anche successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, dati, notizie ed informazioni in suo possesso, evitandone la diffusione o l'uso a fini speculativi propri o di terzi.

10.4.2.10. Bilancio e altri documenti rilevanti

Il Personale, inoltre, dovrà riservare particolare attenzione e accuratezza alla attività di predisposizione del bilancio e degli altri documenti rilevanti.

10.4.3. Norme di comportamento per gli Altri Destinatari

Oltre che ai componenti degli Organi Direttivi ed al Personale, il presente Codice Etico si applica anche agli Altri Destinatari nei limiti delle rispettive competenze e responsabilità, dei principi etici di riferimento e delle norme di comportamento dettate per il Personale.

Gli Altri Destinatari devono formalmente impegnarsi al rispetto del Codice Etico (oltre che del Modello) e, in assenza dell'impegno espresso, l'Ente non concluderà e/o non proseguirà alcun rapporto. L'Ospedale, infatti, in conformità alle *best practices*, inserisce nelle lettere di incarico o nei contratti, apposite clausole che prevedono, in caso di violazione di regole del Modello, specifiche sanzioni, come previsto dallo stesso Codice Disciplinare adottato dall'Ente.

10.5. Le modalità di attuazione e controllo sul rispetto del Codice Etico

Il controllo circa l'attuazione ed il rispetto del Modello e, in particolare, del Codice Etico è affidato all'OdV che, a titolo esemplificativo e non esaustivo, deve:

- controllare il rispetto del Modello e del Codice Etico;
- fornire, ai soggetti interessati, tutti i chiarimenti e le delucidazioni richieste, ivi incluse quelle relative alla legittimità di un comportamento o condotta concreti, ovvero alla corretta interpretazione delle previsioni del Modello o del Codice Etico;
- stimolare e coordinare l'aggiornamento del Codice Etico, anche attraverso proprie proposte di adeguamento e/o aggiornamento;

- promuovere e monitorare lo sviluppo delle attività di comunicazione e formazione sul Modello e, in particolare, sul Codice Etico, determinate dall'Ente.

Tutti i Destinatari devono portare a conoscenza dell'OdV eventuali violazioni del Modello e del Codice Etico e, all'uopo, sono stati individuati due canali di comunicazione:

1) in primo luogo, è stata attivata una apposita casella di posta elettronica (organismodivigilanza231@miulli.it), presso la quale inviare le eventuali segnalazioni in ordine al mancato rispetto del Modello o del presente Codice, la quale sarà utilizzata anche per la ricezione di segnalazioni di natura anonima, ovvero quelle nelle quali non sia possibile risalire all'identità del mittente;

2) in aggiunta, le segnalazioni possono essere effettuate per iscritto, inviando apposita comunicazione, anche anonima, all'indirizzo: Organismo di Vigilanza, Strada Provinciale 127 Acquaviva Santeramo km 4,100.

I medesimi canali possono essere utilizzati anche per avanzare richieste di chiarimenti o di interpretazione su alcuni aspetti del Modello.

11. IL SISTEMA DISCIPLINARE DI OSPEDALE "F. MIULLI"

11.1. L'elaborazione e l'adozione del Sistema Disciplinare

A mente degli artt. 6 e 7 del Decreto, il Modello deve prevedere uno specifico sistema disciplinare al fine di sanzionare il mancato rispetto delle misure ivi indicate.

L'Ente ha, quindi, adottato un Sistema Disciplinare ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 e che costituisce uno dei protocolli più rilevanti del Modello.

11.2. La struttura del Sistema Disciplinare

OMISSIS

12. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO E SUI PROTOCOLLI CONNESSI. L'AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

12.1. La comunicazione

La comunicazione del Modello è uno dei protocolli più importanti che assolve la fondamentale funzione di informare i Destinatari dell'avvenuta adozione del Modello dell'Ente.

In particolare il Modello è comunicato:

- a) a tutti i componenti degli organi direttivi;
- b) a tutto il Personale così come a tutti i soggetti che agiscono per la stessa;
- c) a tutti gli Altri Destinatari.

Il Modello viene consegnato in copia integrale, anche su supporto informatico, nonché mediante pubblicazione sulla rete intranet interna, fermo restando che lo stesso deve essere affisso in luogo accessibile a tutti.

Tutti i Destinatari devono dare conferma dell'avvenuta ricezione e devono espressamente dichiarare di impegnarsi al rispetto dei principi ivi contenuti.

L'OdV conserva traccia documentale dell'avvenuta comunicazione, nonché delle attestazioni che il Modello è stato comunicato e delle relative dichiarazioni di impegno.

Per gli Altri Destinatari, una sintesi dello stesso è resa disponibile su richiesta.

12.2. La formazione sul Modello

L'OdV ha il compito di monitorare le attività formative e a favorire una conoscenza ed una consapevolezza adeguate del Modello.

I Piani di formazione approvati ed implementati dall'Ente (in cui sono disciplinate le modalità di esecuzione, nonché le risorse da impegnare) sono predisposti dalle unità organizzative competenti e preventivamente approvati dall'OdV.

La partecipazione alle attività formative (ad es., corsi, seminari, questionari, ecc.) è

obbligatoria e le stesse, come previsto dalle *best practice*, sono differenziati in base al ruolo ed alla responsabilità dei soggetti coinvolti, e una formazione più intensa e approfondita è prevista per i soggetti c.d. "apicali" alla stregua del Decreto, nonché per quelli operanti nelle "attività sensibili" ai sensi del Modello.

12.3. Aggiornamento del Modello

Tra i compiti dell'OdV vi è quello di segnalare al Consiglio per gli Affari gli Economici la necessità di aggiornare il Modello. L'aggiornamento si impone, ad esempio, in conseguenza di un mutamento degli assetti organizzativi o dei processi operativi, di significative violazioni del Modello stesso, di integrazioni legislative.

La comunicazione e la formazione sugli aggiornamenti del Modello devono seguire le stesse modalità della approvazione.