

**IL MODELLO
DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E
CONTROLLO**

ISMETT s.r.l

Approvato dal Consiglio d'Amministrazione ISMETT in data 17 settembre 2013

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
1. PREMESSA.....	6
1.1 Descrizione della disciplina.....	6
1.2 Esonero della responsabilità dell'ente.....	9
1.3 Le Linee Guida di Confindustria.....	10
2. ADOZIONE DEL MODELLO DA PARTE DI ISMETT S.r.l.	12
2.1 Finalità del Modello.....	12
2.2 Elementi costitutivi del Modello.....	12
2.3 Struttura del Modello.....	12
2.4 Approvazione del Modello, modifica ed integrazione del Modello.....	13
2.5 Attuazione del Modello.....	14
PARTE GENERALE.....	15
3. IL SISTEMA DI CORPORATE GOVERNANCE IN ISMETT.....	16
4. IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO.....	17
5. LA MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E DEI CONTROLLI.....	24
5.1 L'individuazione delle aree di rischio e la mappatura dei controlli: la metodologia del Control Self Assessment (CSA).....	25
6. SISTEMA ORGANIZZATIVO.....	25
7. SISTEMA AUTORIZZATIVO.....	26
8. CODICE DI CONDOTTA.....	31
9. SISTEMA DISCIPLINARE.....	31
10. RISORSE UMANE.....	32
11. L'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	34
11.1 Individuazione dell'Organismo di vigilanza.....	35
11.2 Responsabilità dell'OdV.....	35
11.3 Reporting dell'organismo nei confronti degli Organi Societari e del vertice aziendale.....	37
11.4 Flusso informativo nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.....	37
11.5 Raccolta e conservazione delle informazioni.....	38
11.6 Obblighi di riservatezza dell'organismo di vigilanza.....	38
12. PROCEDURE OPERATIVE.....	39

13.GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE.....	41
14.SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE	42
15.FORMAZIONE	42
16.COMUNICAZIONE DEL MODELLO	43
17. LA DIFFUSIONE.....	44

PARTE SPECIALE

ALLEGATI

- 1) **ORGANIGRAMMA**
- 2) **ELENCO REATI EX D. LGS. 231/2001**
- 3) **GOVERNANCE SOCIETARIA**
- 4) **PROCURE, DELEGHE E POTERI DI SPESA**
- 5) **MAPPATURA DELLE AREE DI RISCHIO**
- 6) **CODICE DI CONDOTTA**
- 7) **STATUTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA**
- 8) **SISTEMA DISCIPLINARE**
- 9) **ELENCO PROCEDURE OPERATIVE**

INTRODUZIONE

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione S.r.l. (di seguito anche "ISMETT" o l'"Istituto" o la "Società") è stato costituito in data 17 giugno 1997, in esecuzione di un *progetto di Sperimentazione Gestionale*. L'oggetto di tale sperimentazione è un nuovo modello gestionale pubblico-privato attuato mediante la costituzione di una società mista a maggioranza pubblica (appunto, ISMETT) finalizzata alla realizzazione di un centro per i trapianti d'organo. Il capitale sociale di ISMETT risulta così composto: Azienda Ospedaliera Civico di Palermo (55%); University of Pittsburgh Medical Center System (di seguito anche "UPMCS", la quale rappresenta uno dei più grandi sistemi sanitari accademici senza scopo di lucro degli USA) (45%), .

Secondo quanto previsto dal **Protocollo di intesa adottato dalla Conferenza Stato-Regioni** in data 20 Marzo 1997, la Sperimentazione Gestionale si proponeva di realizzare i seguenti obiettivi:

- La realizzazione del primo centro trapianti multi-organo nell'Italia meridionale;
- Lo sviluppo di un nuovo modello di gestione medica ed organizzativa nel settore sanitario, capace, tra le altre cose, di portare in Sicilia, grazie alla collaborazione tra UPMC e la Regione Sicilia, i benefici della ricerca e della formazione, propri della partner statunitense;
- La realizzazione di un modello che dimostri come il settore pubblico e quello privato possano positivamente unire le forze, al fine di contribuire allo sviluppo economico del sud del Paese.

I principali passaggi della Sperimentazione Gestionale possono essere così riassunti:

- 20 marzo 1997, approvazione da parte della *Conferenza Stato-Regione* del progetto ISMETT;
- 17 giugno 1997, costituzione di ISMETT come s.r.l. a maggioranza pubblica (Atto Costitutivo e Patti Parasociali);
- aprile-luglio 1997, sottoscrizione degli atti fondamentali dell'iniziativa:
 - 18 aprile 1997, *Accordo di Programma* tra la Regione Sicilia, UPMC e le Aziende Ospedaliere Civico e Cervello;
 - 11 luglio 1997, *Contratto esclusivo di gestione professionale ed operativa*, recentemente soggetto a modifiche ed integrazioni previste dal *Secondo Accordo di Programma*;
 - 17 luglio 1997, *Convenzione tra ISMETT e Regione Sicilia*;
- luglio 1999, avvio dell'attività clinica presso la sede temporanea messa a disposizione dall'Azienda ospedaliera Civico di Palermo;

- dicembre 2001: instaurazione di un Tavolo Tecnico tra Presidenza della Regione Siciliana, Assessorato Regionale alla Sanità, Assessorato al Bilancio e alle Finanze, UPMC Italy s.r.l. e ISMETT;
- 27 giugno 2002: nomina di uno staff di supporto al Tavolo Tecnico;
- 18 giugno 2003: la Regione Siciliana, UPMC Italy s.r.l., ISMETT, Ospedale Civico e Ospedale Cervello, stipulano il “*Secondo Accordo di Programma*” a seguito dell’entrata in vigore della normativa regionale (L.R. n. 4 del 2003);
- 1 dicembre 2005: Rinnovo della Convenzione tra Regione Siciliana e ISMETT per dare esecuzione a quanto previsto con il “*Secondo Accordo di Programma*”;
- gennaio 2009: Aggiornamento del Secondo Accordo di Programma.

ISMETT è stata, dunque, progettata come un centro d’eccellenza dedicato a terapie rivolte alla cura delle malattie terminali d’organo, al trapianto di organi ed alle terapie di alta specializzazione di supporto all’attività di trapianto. ISMETT considera inoltre l’impegno costante nella formazione, quale parte dell’attività clinica d’eccellenza, come uno dei suoi valori di riferimento e punto essenziale della sua *Mission*. Oltre ad erogare prestazioni sanitarie, quindi, l’Istituto focalizza l’impegno di risorse professionali nell’alta formazione e nell’educazione medica continua.

In aggiunta all’attività clinica e a quella formativa, ISMETT è costantemente impegnata nella ricerca biomedica, clinica-applicata, e nello sviluppo di nuove tecnologie.

1. PREMESSA

1.1 Descrizione della disciplina

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, avente ad oggetto la *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica”* (di seguito anche il *“Decreto”*), ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità degli Enti, per illeciti amministrativi dipendenti da reato, superando il principio *societas delinquere non potest*.

Il Decreto ha adeguato la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune convenzioni internazionali precedentemente sottoscritte dall'Italia, ed in particolare:

- la Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari della Comunità Europea;
- la Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione di funzionari pubblici sia della Comunità Europea che degli Stati membri;
- la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche ed internazionali.

Il Decreto ha introdotto nell'ordinamento italiano un regime di responsabilità amministrativa, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs 231/2001, assimilabile sostanzialmente alla responsabilità penale, a carico di società ed associazioni con o senza personalità giuridica e di altri enti dotati di personalità giuridica (qui di seguito collettivamente denominati Enti), per alcuni reati commessi, nell'interesse o a vantaggio degli stessi, da:

- a) persone fisiche che rivestano funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione della Società o di una loro unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone fisiche che esercitino, anche di fatto, la gestione e il controllo della stessa (ad esempio amministratori, direttori generali);
- b) persone fisiche sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati (ad esempio dipendenti non dirigenti).

Restano esclusi da tale disciplina lo Stato, gli enti pubblici territoriali, gli altri enti pubblici non economici, nonché gli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale.

La responsabilità amministrativa della società è autonoma rispetto alla responsabilità penale della persona fisica che ha commesso il reato e semmai si affianca a quest'ultima. Pertanto, l'ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere, nella punizione di taluni illeciti penali, il patrimonio degli Enti che abbiano tratto vantaggio dalla commissione del reato.

L'ente, inoltre, sarà responsabile unicamente nel caso in cui la condotta illecita sia stata realizzata dai soggetti suindicati *“nell'interesse o a vantaggio della società”* (art. 5, co. 1, D.Lgs.

231/01), pertanto, non risponderà nell'ipotesi in cui i soggetti apicali o i dipendenti abbiano agito “*nell'interesse esclusivo proprio o di terzi*” (art. 5, co. 2, D.Lgs. 231/01)¹.

La responsabilità dell'ente non è genericamente riferibile a qualsiasi reato, ma è circoscritta alle fattispecie criminose previste espressamente dagli artt. 24 e ss. del Decreto² (per maggior completezza si rinvia all'allegato n. 1 contenente la descrizione delle singole fattispecie).

Le fattispecie a cui è ricollegata la responsabilità penale dell'ente sono:

- Reati contro il patrimonio della Pubblica Amministrazione (art. 24);
- Reati informatici e di trattamento illecito dei dati (art. 24 bis);
- Delitti di criminalità organizzata (art. 24 ter);
- Reati contro la Pubblica Amministrazione (art. 25);
- Reati contro la fede pubblica (art. 25-bis);
- Delitti contro l'industria ed il commercio (art. 25-bis.1);
- Reati societari (art. 25-ter);
- Reati con finalità di terrorismo (art. 25-quater);
- Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater 1);
- Reati contro la personalità individuale (art. 25-quinquies);
- Reati di abuso di mercato (art. 25-sexies);
- Reati transnazionali (L. n. 146/2006);
- Reati di omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies);
- Reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25-octies).
- Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies);
- Delitti contro l'amministrazione della giustizia (art. 25-decies);
- Reati ambientali (art. 25- undecies);
- Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies).

Ogni eventuale imputazione all'ente di responsabilità derivanti dalla commissione di una o più delle fattispecie previste dal Decreto e da altre fonti normative, non vale ad escludere quella personale di chi ha posto in essere la condotta criminosa³.

¹ Cfr. anche Corte di Cassazione, VI sez. pen., sentenza 8 maggio 2009, n. 19764.

² Cfr. anche Corte di Cassazione III sez. pen., ordinanza 6 novembre 2008, n. 41329

³ Cfr. anche Corte di Cassazione, Sez. VI pen., sentenza 8 maggio 2009, n. 19764.

Le sanzioni previste a carico della società, ai sensi dell'art. 9 del Decreto, in conseguenza della commissione o tentata commissione degli specifici reati menzionati sono:

- la sanzione pecuniaria;
- le sanzioni interdittive;
- la confisca;
- la pubblicazione della sentenza.

Le sanzioni pecuniarie, relative a tutte le ipotesi di illecito, sono applicate per quote in numero non inferiore a 100 e non superiore a 1000, variano da un minimo di 25.822 € ad un massimo di 1.549.370 € e sono fissate dal giudice tenendo conto:

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

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

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

Il tipo e la durata delle sanzioni interdittive sono stabiliti dal Giudice tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'ente e dell'attività svolta dall'ente per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti. Le sanzioni interdittive, tassativamente indicate dalla norma, sono:

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

Si ricorda che l'inosservanza delle sanzioni interdittive costituisce un reato autonomo previsto dal Decreto come fonte di possibile responsabilità amministrativa dell'ente.

Si segnala, inoltre, che il Decreto prevede altresì che, in luogo dell'irrogazione della sanzione, il Giudice possa disporre, per rilevate ragioni di interesse collettivo, attinenti, in particolare,

alla preservazione dei posti di lavoro, la prosecuzione dell'attività da parte di un commissario giudiziale.

La responsabilità dell'ente sussiste anche quando (art. 8 del Decreto):

- 1) l'autore del reato non è stato identificato o non è imputabile;
- 2) il reato si estingue per una causa diversa dall'amnistia.

1.2 Esonero della responsabilità dell'ente

Il Decreto Legislativo 231/2001 consente, tuttavia, alla Società di esimersi da responsabilità amministrativa in occasione della commissione di un reato compreso tra quelli richiamati dal decreto, con conseguente accertamento di responsabilità esclusivamente in capo al soggetto agente che ha commesso l'illecito, qualora, prima della commissione del fatto:

- siano predisposti ed attuati modelli di organizzazione e di gestione (ovvero un complesso di norme organizzative e di condotta) idonei a prevenire la commissione dei reati;
- sia istituito un organo di controllo, con poteri di autonoma iniziativa e con il compito di vigilare sul funzionamento dei modelli di organizzazione;
- il reato sia stato commesso eludendo fraudolentemente i modelli esistenti;
- non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Il Decreto prevede, inoltre, che, in relazione all'estensione dei poteri delegati ed al rischio di commissione dei reati, i modelli di organizzazione debbano rispondere alle seguenti esigenze⁴:

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

L'art. 6, co. 3, D.lgs. 231/01, inoltre, statuisce che *“I modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati, garantendo le esigenze di cui al comma 2, sulla base di codici di comportamento redatti dalle*

⁴ Cfr., fra gli altri, anche GIP Milano, ordinanza 12 marzo 2008; GIP Napoli, ordinanza 26 giugno 2007; Tribunale Milano, sezione riesame, ordinanza 28 ottobre 2004;

associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati” (cfr. successivo paragrafo 1.3).

1.3 Le Linee Guida di Confindustria

Nella predisposizione del Modello, ISMETT ha tenuto conto, oltre che della disciplina di cui al Decreto, anche dei principi espressi da Confindustria nelle “Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001”, approvate dal Ministero della Giustizia (aggiornate al 14 febbraio 2008) nonché dei principi espressi nelle pronunce giurisprudenziali in materia.

I punti fondamentali di dette linee guida possono essere così brevemente riassunti:

- attività di individuazione delle aree di rischio, volta a evidenziare le funzioni aziendali nell’ambito delle quali sia possibile la realizzazione degli eventi pregiudizievoli previsti dal Decreto;
- predisposizione di un sistema di controllo in grado di prevenire i rischi attraverso l’adozione di appositi protocolli. Le componenti maggiormente rilevanti del sistema di controllo ideato da Confindustria sono:
 - codice di condotta;
 - sistema organizzativo;
 - procedure manuali ed informatiche;
 - poteri autorizzativi e di firma;
 - sistemi di controllo e gestione;
 - comunicazione al personale e sua formazione.

Le componenti del sistema di controllo devono essere ispirate ai seguenti principi:

- verificabilità, documentabilità, coerenza e congruenza di ogni operazione;
- principio di separazione delle funzioni (nessuno può gestire in autonomia un intero processo);
- documentazione dei controlli;
- previsione di un adeguato sistema sanzionatorio per la violazione delle norme del Codice di Condotta e delle procedure previste dal modello;
- individuazione dei requisiti dell’Organismo di Vigilanza, riassumibili in:
 - autonomia e indipendenza;
 - professionalità;
 - continuità di azione;
- previsione di modalità di gestione delle risorse finanziarie;

- obblighi di informazione dell'organismo di controllo.

2. ADOZIONE DEL MODELLO DA PARTE DI ISMETT S.r.l.

2.1 Finalità del Modello

ISMETT adotta il presente Modello con lo scopo di:

- a) introdurre nella Società principi e regole di comportamento volte a promuovere e valorizzare una cultura etica al proprio interno, in un'ottica di correttezza e trasparenza nella conduzione degli affari;*
- b) prevenire il rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto nelle attività individuate nella mappa delle aree a rischio;*
- c) sensibilizzare coloro che operano nell'ambito di dette aree al rispetto dei principi e delle regole introdotte dalla Società;*
- d) consentire un costante monitoraggio sulle attività a rischio da parte di tutta l'organizzazione aziendale ed in particolare dell'Organismo di Vigilanza deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello;*
- e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal Modello;*

2.2 Elementi costitutivi del Modello

Alla luce delle finalità sopra descritte, il presente Modello si compone dei seguenti elementi:

- 1 Mappatura delle aree a rischio e dei controlli;
- 2 Sistema organizzativo;
- 3 Sistema autorizzativo;
- 4 Procedure operative volte a regolamentare le attività a rischio;
- 5 Sistema di controllo sulla gestione delle risorse finanziarie;
- 6 Codice di Condotta;
- 7 Sistema disciplinare;
- 8 Organismo di Vigilanza;
- 9 Sistema di flussi informativi da e verso l'Organismo di Vigilanza;
- 10 Sistema di formazione, informazione e comunicazione del presente Modello.

2.3 Struttura del Modello

Il presente Modello è costituito da:

1. una “*Parte Generale*” contenente la descrizione della struttura portante del Modello che sarà modificabile unicamente dal C.d.A. nei modi stabiliti dalla *Regola n.1* di cui al paragrafo 2.4;
2. una “*Parte Speciale*” costituita da elementi che, a differenza di quelli contenuti nella parte generale, richiedono un costante aggiornamento e possono pertanto essere oggetto di frequenti modifiche ed integrazioni, nei modi specificati dalla *Regola n. 2* del paragrafo 2.4.

2.4 Approvazione del Modello, modifica ed integrazione del Modello

I modelli di organizzazione e di gestione costituiscono, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 6 comma 1, lettera a), del Decreto, atti di emanazione del vertice aziendale nella sua collegialità. Pertanto, l'approvazione del presente Modello, descritto sommariamente nei paragrafi che precedono, costituisce prerogativa e responsabilità esclusiva del Consiglio di Amministrazione.

Al fine di regolamentare il processo di modifica e/o integrazione del Modello relativamente alle parti generale e speciale di cui esso si compone, si adottano le seguenti “regole”:

REGOLA N° 1

“Nell'ipotesi di modifica e/o integrazione relativa alla Parte Generale del Modello, il Consiglio di Amministrazione, su proposta dell'OdV, ovvero anche autonomamente - sentito in ogni caso il parere di quest'ultimo - provvede ad effettuare le modifiche e/o integrazioni che ritiene necessarie allo scopo di consentire la continua rispondenza del Modello alle prescrizioni del Decreto ed alle eventuali mutate condizioni della struttura della Società”.

REGOLA N° 2

“Nell'ipotesi di modifica e/o integrazione relativa alla Parte Speciale del Modello (ad es.: mappatura delle aree a rischio e dei controlli, procedure operative aziendali, sistema autorizzativo e/o organizzativo), l'OdV, provvederà a contattare ed attivare le funzioni competenti ad effettuare le modifiche necessarie per lo specifico aspetto, curando di riferire periodicamente (annualmente) al C.d.A. circa le modifiche effettuate tramite la comunicazione di un documento aggiornato (ad es.,: nuova mappa delle aree a rischio). Più precisamente:

- a) Nell'ipotesi di modifiche e/o integrazioni aventi ad oggetto la mappatura delle aree a rischio, l'Organismo di Vigilanza a cui spetta il compito di sovrintendere all'aggiornamento della mappatura, si attiverà tempestivamente ogni qual volta se ne ravvisi l'esigenza in virtù delle mutate condizioni operative della Società (modifiche legislative, modifiche organizzative o modifiche nello svolgimento delle attività);*
- b) Nell'ipotesi di modifica e/o integrazione dello Statuto dell'Organismo di Vigilanza, troverà integrale applicazione l'articolo 18 dello Statuto medesimo;*
- c) Nell'ipotesi di modifica e/o integrazione delle procedure operative della Società troveranno integrale applicazione i protocolli specificatamente descritti nella procedura ISMETT-MA02 che prevede il coinvolgimento dell'OdV relativamente ad ogni*

ipotesi o proposta di integrazione e modifica delle procedure che costituiscono parte integrante del Modello, ferma restando la competenza degli organi preposti a tali integrazioni o modifiche, come prevista dalla procedura ISMETT- MA02 ovvero dalle singole procedure interessate;

- d) *Nell'ipotesi di modifiche e/o integrazioni aventi ad oggetto i poteri di rappresentanza e di spesa*, ogni modifica e/o integrazione dovrà essere portata all'attenzione del Consiglio di Amministrazione (o del Direttore dell'Istituto qualora rientrante tra i poteri a lui delegati) e da questo deliberata e comunicata all'OdV;
- e) *Nell'ipotesi di modifiche e/o integrazioni aventi ad oggetto il sistema organizzativo*, ogni modifica e/o integrazione di natura sostanziale apportata all'Organigramma aziendale ed alle relative *job description*, dovrà essere approvata dal Consiglio di Amministrazione, il quale a sua volta ne darà contestuale comunicazione all'OdV.
- f) *Nell'ipotesi di modifiche e/o integrazioni del sistema sanzionatorio*, ogni modifica e/o integrazione dovrà essere approvata dal Consiglio di Amministrazione.

2.5 Attuazione del Modello

L'adozione del presente Modello e i successivi aggiornamenti dello stesso costituiscono elementi essenziali del processo di conduzione dinamica del Modello.

In tale processo il Consiglio di Amministrazione ed il Direttore dell'Istituto, relativamente agli aspetti esecutivi, sono responsabili dell'attuazione del Modello nella Società.

La fase di attuazione del Modello comporta un'attività d'impulso, valutazione ed approvazione delle azioni necessarie per l'implementazione degli elementi fondamentali del Modello stesso. Per l'individuazione di tali azioni, il Direttore dell'Istituto si avvale del supporto dell'Organismo di Vigilanza ed eventualmente di altri soggetti specificatamente designati dal Direttore dell'Istituto, a cui, quest'ultimo può delegare la realizzazione di dette azioni.

La vigilanza sull'adeguatezza e attuazione del Modello, deliberato dal Consiglio di Amministrazione, è garantita dall'Organismo di Vigilanza, nell'esercizio dei propri poteri di controllo, sulla base delle regole riportate nello Statuto.

In ogni caso, la Società intende ribadire che la corretta attuazione ed il controllo sul rispetto delle disposizioni aziendali e, quindi, delle regole contenute nel presente Modello, costituiscono un obbligo ed un dovere di ciascun Responsabile di funzione della Società ed, in particolare, di ciascun Responsabile delle Direzioni Operative.

PARTE GENERALE

3. IL SISTEMA DI CORPORATE GOVERNANCE IN ISMETT

Il termine Corporate Governance esprime il sistema delle regole e delle procedure attraverso cui l'impresa è gestita e controllata, avendo particolare riguardo ai rapporti intercorrenti tra soci, il management aziendale, il consiglio di amministrazione ed i c.d. stakeholder, ossia i clienti, i fornitori, i consumatori, i creditori, le comunità in generale e l'ambiente.

Alla luce dei principi stabiliti a livello internazionale ed europeo, il sistema di governo societario deve ispirarsi a principi di massima trasparenza ed efficienza attraverso la realizzazione di un modello organizzativo chiaro e ben definito, con adeguate ripartizioni di responsabilità e poteri e con un corretto equilibrio tra gestione e controllo.

ISMETT ha volontariamente inteso dotarsi di un sistema di governo societario volto a garantire il rispetto di detti principi anche attraverso la separazione tra programmazione strategica e controllo da un lato, e gestione diretta dall'altro.

Il sistema di governo societario adottato da ISMETT riflette sia la struttura organizzativa della società sia quella operativa tenendo conto delle condizioni ed i vincoli previsti dal Secondo Accordo di Programma sottoscritto dalla Regione Siciliana, UPMC, Arnas Civico e A.O. Cervello in data 12-18 dicembre 2003 e successivi aggiornamenti, dai Patti Parasociali sottoscritti l'11 luglio 1997, dalla Convenzione del 1 dicembre 2005 tra Regione Siciliana ed ISMETT per l'attuazione del Secondo Accordo di Programma, dallo Statuto sociale, e dal Contratto Esclusivo di Gestione Professionale ed Operativa, aggiornato anch'esso ai sensi del Secondo Accordo di Programma.

La fornitura dei servizi di gestione operativa e professionale dell'Istituto è convenzionalmente posta in via esclusiva a carico di UPMC (ovvero, ai sensi dell'articolo 10.2 del Contratto Esclusivo di Gestione, a carico di società a questa affiliate) che, nel dare seguito ai propri compiti di quotidiana amministrazione e gestione operativa dell'Istituto nonché a quelli di attuazione di politiche e programmi approvati dal Consiglio di Amministrazione della Società e di prestazione di servizi professionali, deve provvedere, tra l'altro, a:

- procurare all'Istituto il Direttore dell'Istituto (che proporrà, a sua volta, i Direttori Operativi);
- fornire assistenza amministrativa al Direttore dell'Istituto per la gestione quotidiana della attività operativa dell'Istituto, anche attraverso l'ulteriore apporto dei dirigenti di UPMC Italy s.r.l. (di seguiti "UPMC") in settori di amministrazione generale, finanza, preparazione dei Budget, marketing ed altre aree operative;
- predisporre, di concerto col Direttore dell'Istituto e il Consiglio di Amministrazione, le bozze dei budgets operativi annuali preventivi che il Consiglio di Amministrazione esaminerà ed approverà;
- assistere il Direttore dell'Istituto nonché il Consiglio di amministrazione nella preparazione dei bilancio annuale e del conto dei profitti e delle perdite che saranno poi sottoposti al CdA ed all'Assemblea dei soci per la sua approvazione;
- fornire all'Istituto principi e procedure di amministrazione concernenti tutti gli aspetti inerenti alla propria attività;

- fornire consulenza e supervisione per l'istituzione e gestione di un servizio per la preparazione e la fornitura di tutta la documentazione e le registrazioni necessarie alla fatturazione delle prestazioni rese dall'Istituto ai propri pazienti;
- svolgere i servizi di Gestione Professionale di cui all'articolo 2.3 del Contratto Esclusivo di Gestione.

Proprio in ragione dell'assetto organizzativo ed operativo e dell'attività delegata in via esclusiva ad UPMC, la Società, recependo appieno le indicazioni contenute nell'Allegato n. 2 del Secondo Accordo di programma, ha adottato un sistema di governo societario caratterizzato dalla presenza costante della Regione Sicilia sia nella fase di definizione degli orientamenti strategici di fondo dell'Istituto sia in quella di controllo dell'attuazione delle scelte condivise.

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 del Secondo Accordo di programma e come meglio descritto nell'Allegato n. 2 di tale accordo, è stato pertanto concordato un sistema di governo societario bilanciato, idoneo ad assicurare livelli sempre maggiori di trasparenza ed efficienza anche attraverso la separazione tra programmazione strategica e controllo, da un lato, e gestione diretta dall'altro.

Tali finalità sono perseguite attraverso la costituzione dei seguenti livelli di autorità, meglio esplicitati all'allegato n. 2 del presente modello "Governance Societaria":

- l'Assemblea dei soci,
- il Consiglio di Amministrazione,
- il Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- il Direttore dell'Istituto
- Direttori Operativi:
 - Il Direttore Amministrativo e Finanziario
 - Il Direttore Sanitario
 - Il Direttore Attività infermieristiche e Controllo Qualità

Inoltre quali organi di controllo sono stati opportunamente nominati:

- Collegio Sindacale
- Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/01
- Società di Revisione.

4. IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO

Il Sistema di controllo interno è stato oggetto di approfondita analisi da parte della Società, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'applicazione del Decreto. Detta analisi è stata sviluppata sulla base dei principi indicati nella normativa e negli orientamenti giurisprudenziali statunitensi così come illustrati nelle *Federal Sentencing guidelines* ("FSG") le quali a loro volta hanno ripreso ed ampliato quanto originariamente disposto nel *Report of the National Commission on fraudulent financial reporting* ("CoSO Report").

In particolare, gli elementi di controllo indicati dal CoSO Report sono i seguenti:

- a) Ambiente di controllo: ovvero la sensibilità da parte dei vertici aziendali verso la definizione degli strumenti principali costituenti: formalizzazione di ruoli, compiti e responsabilità (poteri delegati, regolamenti interni, funzionigrammi, separazione funzionale); sistema di comunicazione interna (scadenzatura delle informazioni necessarie e tempistiche di produzione di flussi e report, tempestività delle informazioni direttive, sensibilità e ricettività da parte delle strutture operative). Valutandone la coerenza con le strategie e gli obiettivi aziendali.
- b) Valutazione dei rischi: processo continuo di identificazione e analisi di quei fattori sia di natura endogena sia esogena che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, al fine di determinare come questi rischi possono essere gestiti (identificazione, misurazione e monitoraggio).
- c) Attività di controllo: adeguatezza della struttura dei controlli: modalità con cui vengono disegnati, strutturati ed effettivamente eseguiti i controlli ai diversi livelli organizzativi (di linea/operativi, gerarchico-funzionali, sulla gestione dei rischi e di revisione interna), necessari a garantire al vertice aziendale la corretta applicazione delle direttive impartite.
- d) Informazione e comunicazione: si affiancano alle attività di controllo anzidette i sistemi di informazione e comunicazione. Tali sistemi consentono al personale la raccolta e lo scambio delle informazioni necessarie alla gestione e al controllo consentendo, peraltro di definire e valutare l'integrità e la correttezza dei dati e delle informazioni.
- e) Monitoraggio: attiene alla capacità dei referenti aziendali (risk owner, sponsor, vertici aziendali e funzioni di gestione dei rischi) di presidiare in modo continuativo il SCI, nonché di identificare e realizzare gli interventi migliorativi necessari a risolvere le criticità rilevate, assicurando mantenimento, aggiornamento e miglioramento del SCI.

I principi fissati dalle FSG sono i seguenti:

- a) La previsione di *“standard e procedure di comportamento”*
- b) Sorveglianza sul sistema
- c) Vigilanza sul personale
- d) Comunicazione efficace
- e) *“Monitoraggio e reporting sui fenomeni rilevati (in forma protetta)”*
- f) *“Meccanismi disciplinari”*
- g) *“Reazione adeguata in caso di violazioni”*.

Come anche stabilito dal CoSO Report, il Sistema di controllo interno è stato inteso come *“un processo svolto dal Consiglio di Amministrazione e dal personale aziendale finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sulla realizzazione degli obiettivi aziendali di efficacia ed efficienza delle attività operative, di attendibilità dei flussi informativi (sia verso i terzi che al proprio interno) e di conformità alle norme interne ed esterne in vigore”*

4.1 Controllo

Una struttura organizzativa idonea ai fini preventivi propri del Decreto, e conforme con quanto indicato dalle 'Linee Guida di Confindustria' deve essere caratterizzata dai seguenti principi:

- organo amministrativo collegiale
- attribuzione di poteri di rappresentanza nei limiti in cui è strettamente necessario e comunque in limiti coerenti e compatibili con le mansioni svolte dal soggetto cui sono attribuiti;
- poteri di spesa attribuiti con soglie di spesa e/o con firma congiunta;
- chiara e precisa determinazione delle mansioni, delle responsabilità ad esse connesse, delle linee gerarchiche;
- esistenza della contrapposizione di funzioni;
- corrispondenza tra attività effettivamente svolte e quanto previsto dalle missioni e responsabilità della società.

In considerazione del quadro che emerge dall'analisi del contesto, dalla valutazione dell'ambiente di controllo e dalla identificazione dei rischi, dei soggetti e dei reati potenziali, sono stati identificati e delineati i sistemi e i meccanismi di prevenzione di cui IS.ME.TT. si è dotata. Se ne riporta l'articolazione di seguito.

Governance Societaria (allegato n.2)

Le attribuzioni degli organi societari sono disciplinate dallo Statuto, dalle leggi vigenti e in conformità al Secondo Accordo di Programma.

La gestione straordinaria della Società è affidata, in via esclusiva, al CdA.

Mentre la gestione ordinaria dell'Ente è affidata al Direttore dell'Istituto e al Direttore Amministrazione e Finanza, entrambi investiti di congrui poteri di rappresentanza e di spesa per la gestione ordinaria, con facoltà di compiere tutti gli atti che ritengano opportuni esclusi quelli che la legge riserva tassativamente alla competenza del CdA.

Procure, deleghe di responsabilità e poteri di spesa

Sulla base delle necessità operative della Società, il Direttore indica al CdA i Direttori Operativi da nominare e conferisce i relativi poteri. Lo schema dei poteri e delle deleghe è approvato dal CdA. E' opportuno precisare che, ai fini del Decreto Legislativo 231/2001, la procura è condizione necessaria ma non sufficiente per considerare il procuratore "soggetto apicale", inoltre il loro conferimento avviene in ragione delle esigenze operative ed, in particolare, dello snellimento e dell'efficienza dell'attività aziendale, lo schema rappresentativo dei poteri attribuiti è rappresentato nell'allegato n°3 "Mappa delle Procure, deleghe e organi di controllo". I requisiti essenziali di tale sistema, ai fini di una efficace prevenzione dei reati, sono i seguenti:

- tutti coloro che intrattengono per conto dell'Ente rapporti con la P.A. e le Autorità di Vigilanza, devono essere dotati di delega formale in tal senso e, ove necessario, di apposita procura;
- le deleghe devono associare ciascun potere di gestione alla relativa responsabilità e ad una posizione adeguata nell'organigramma, ed essere aggiornate in conseguenza dei mutamenti organizzativi intervenuti nell'ente;
- ciascuna delega deve definire in modo specifico e univoco:
 - i poteri del delegato;
 - il soggetto (organo o individuo) a cui il delegato riporta.
- i poteri gestionali assegnati con le deleghe devono essere coerenti con gli obiettivi aziendali;
- il soggetto delegato deve disporre di poteri di spesa adeguati alle funzioni conferite.

Fermo restando il dettato normativo di cui all'art. 5 del Decreto i soggetti apicali in IS.ME.TT. sono identificati principalmente:

- in base alla collocazione gerarchica al vertice dell'Ente o al primo livello di riporto del Direttore dell'Istituto;
- attraverso l'assegnazione di poteri di spesa e di procura che consentono di svolgere talune attività, anche verso l'esterno, con un predeterminato margine di autonomia.

La struttura organizzativa della Società è formalizzata e rappresentata graficamente in un *organigramma*, il quale definisce con chiarezza le linee di dipendenza gerarchica ed i legami funzionali tra le diverse posizioni di cui si compone la struttura stessa.

Le responsabilità ed i compiti attribuiti a ciascuna posizione sono descritte e formalizzate in apposite *job description*. Quest'ultime associano a ciascuna posizione il dipartimento di appartenenza ed il referente gerarchico; specificano le *finalità* per cui è stata creata quella determinata posizione all'interno della struttura organizzativa; specificano altresì i *principali requisiti* che un soggetto deve possedere per essere idoneo a ricoprire la posizione in oggetto (ad es. titoli, caratteristiche interpersonali, ecc.) nonché le *responsabilità e le competenze* attribuite alla posizione stessa.

L'esatta individuazione dei compiti di ciascun soggetto e la loro assegnazione in modo chiaro e trasparente consente inoltre il rispetto del principio di *separazione dei ruoli*, fondamentale al fine di arginare potenziali reati passibili di sanzione ex D. Lgs. 231/2001.

Protocolli e procedure

La Società, come previsto dal "Contratto Esclusivo di Gestione", si è, inoltre, dotata di protocolli e procedure come strumento per fissare e divulgare i propri processi organizzativi

e di cui tutti possono e debbono fruire. In questo modo, s'intende assicurare una gestione che sia il più possibile coerente con gli obiettivi strategici fissati dal vertice aziendale.

I protocolli aziendali definiscono le linee guida generali che rispecchiano l'orientamento e la filosofia cui s'ispira la gestione aziendale. Le procedure, strettamente legate ai protocolli, regolano i processi e le modalità adottate dall'azienda per consentirne la loro pratica applicazione. Le procedure sono, quindi, soggette a periodiche modifiche e costante aggiornamento, in seguito al verificarsi di cambiamenti che possono riguardare fattori sia interni sia esterni all'azienda.

L'approvazione definitiva dei protocolli è regolata dalle norme del protocollo Sviluppo e Revisione dei Protocolli ISMETT-MA02 e varia a seconda della tipologia di protocollo. In particolare, l'approvazione dei Protocolli del Modello (vale a dire il Protocollo ISMETT MA02 oltre a quelli, indicati in tale protocollo e caratterizzati da una maggiore incidenza ed importanza nell'ambito dell'organizzazione aziendale e di questo Modello) è riservata al Consiglio di Amministrazione; i Protocolli Tecnici sono di competenza del CPA (il quale può inoltre provvedere in autonomia a modifiche formali o meri adattamenti tecnici dei Protocolli del Modello, informandone contestualmente il Consiglio di Amministrazione e l'OdV); mentre i Protocolli Organizzativi Dipartimentali vengono approvati a livello di Dipartimento.

Sull'iter approvativo dei Protocolli, il Protocollo ISMETT-MA02 prevede che vengano normalmente relazionati, in forme diverse a seconda delle diverse tipologie, il Consiglio di Amministrazione e l'OdV. In tal modo, attraverso il sistema di approvazione collegiale, unito ad un efficace sistema informativo, s'intende garantire il coinvolgimento di tutti i livelli dirigenziali della Società.

Sono quindi previste due tipologie di raccolta di protocolli:

- **Manuale Aziendale Generale** (Systemwide Manual) che comprende tutti i Protocolli del Modello e i Protocolli Tecnici, ossia quei protocolli che si riferiscono al sistema operativo dell'ospedale nel suo insieme, ovvero quelli che stabiliscono procedure relative a più dipartimenti. Questi ultimi regolano l'interazione tra almeno due Dipartimenti/Unità Operative (U.O.) o fra Staff di diversi Dipartimenti/U.O. Si evidenzia che ;
- **Manuali Dipartimentali** che comprendono tutti quei protocolli o Istruzioni Operative inerenti l'attività specifica svolta dai singoli Dipartimenti/U.O., usati anche dai Capi Dipartimento come orientamento per lo staff posto sotto la loro diretta supervisione.

La diffusione dei protocolli aziendali avviene tramite messaggio di posta elettronica a tutti gli utenti e quindi a tutti i livelli aziendali, assicurando una diffusione capillare di tutte le procedure adottate.

Inoltre, i protocolli e le relative procedure, contenute in un unico documento bilingue (italiano-inglese), sono disponibili sull'infonet aziendale.

Detti Manuali garantiscono il rispetto delle normative vigenti e degli adempimenti derivanti dalla sua mission e sono ritenuti idonei ai fini del Modello. Protocolli e procedure che mirano da un lato a regolare l'agire declinato nelle sue varie attività operative e dall'altro a consentire i controlli, preventivi e successivi, della correttezza delle operazioni effettuate.

In tale modo si garantisce l'effettiva uniformità di comportamento all'interno dell'azienda, nel rispetto delle disposizioni normative che regolano l'attività dell'Ente.

Ne consegue che tutti i dipendenti hanno l'obbligo di essere a conoscenza di tali prassi e norme procedurali interne e di rispettarle nell'esercizio dei compiti a loro assegnati.

Inoltre, i protocolli e le procedure contenute nei Manuali adottati da IS.ME.TT., conformemente a quanto richiesto dalle Linee Guida di Confindustria, si conformano ai seguenti principi di controllo:

- ricostruibilità del processo autorizzativo (accountability): Principio in base al quale ogni procedura fa riferimento ad una persona o unità organizzativa (sponsor) che ne detiene la responsabilità.;
- attuazione del principio della separazione dei compiti (nessuno può gestire per intero una transazione completa): Principio per il quale l'autorizzazione ad effettuare una operazione deve essere sotto responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione;
- adeguata autorizzazione per tutte le operazioni. Principio che può avere sia carattere generale (riferito ad un complesso omogeneo di attività aziendali), sia specifico (riferito a singole operazioni);
- adeguata autorizzazione per tutte le operazioni. Principio che può avere sia di carattere generale (riferito ad un complesso omogeneo di attività aziendali), sia specifico (riferite a singole operazioni);
- adeguata e tempestiva documentazione e registrazione di operazioni, transazioni e azioni mediante l'utilizzo di un sistema informativo efficace ed efficiente, che consente la tracciabilità delle operazioni. Principio importante per poter procedere in ogni momento ad effettuare controlli che attestino le caratteristiche dell'operazione, le motivazioni e individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa;
- verifiche indipendenti sulle operazioni effettuate (gli audit sono svolti sia da persone dell'organizzazione ma estranei al processo, sia da persone esterne all'organizzazione quali ad esempio sindaci, revisori esterni enti terzi di certificazione quali la Joint Commission).
- integrità delle registrazioni contabili sia nella fase di processamento che, successiva, di archiviazione;

- scelta trasparente, motivata e autorizzata dei dipendenti e dei collaboratori non dipendenti (fornitori, consulenti, etc.) basata su requisiti generali oggettivi e verificabili (competenza, professionalità, esperienza, onorabilità);
- compensi a dipendenti e a terzi congrui rispetto alle prestazioni rese (condizioni di mercato, tariffari) ed evidenza oggettiva della prestazione resa;
- sistemi premianti congrui e basati su targets ragionevoli;
- impiego e utilizzo di risorse finanziarie previsto entro limiti quantitativamente e qualitativamente determinati (budgets, piani finanziari, bilancio preventivo);
- tutte le uscite finanziarie devono essere documentate, autorizzate e inequivocabilmente riferibili ai soggetti emittente e ricevente e alla specifica motivazione.

Il controllo operativo (vale a dire sulle attività e sui processi dell'azienda) e contabile (vale a dire sulla registrazione degli accadimenti aziendali) può essere a posteriori o preventivo. Ai fini del decreto è di fondamentale importanza che:

- vi sia un sistema di prevenzione che porti tutti i soggetti operanti in condizione di conoscere le direttive aziendali e che tale sistema sia tale da non poter essere aggirato se non intenzionalmente (quindi non per errori umani, negligenza o imperizia);
- i controlli interni a posteriori siano in grado di rilevare tempestivamente l'insorgere di anomalie, attraverso un sistematico monitoraggio della attività aziendale.

I risultati dell'analisi dei controlli c.d. "specifici" sono contenuti nella mappa delle aree a rischio (Tabella Rischi Reato IS.ME.TT) e dei relativi controlli.

Dall'analisi condotta sul sistema dei controlli interni emerge che lo stesso è articolato in più livelli di controllo, di cui si dà la seguente rappresentazione:

Organi di Governance: si segnalano, primi fra tutti, gli organismi di controllo previsti dal vigente Statuto e dal modello gestionale e aziendale.

Controlli di primo livello: ovvero controlli tecnico e operativi sul corretto e regolare andamento delle attività. Svolti dalle persone o dalle strutture che hanno la responsabilità dell'attività. Possono anche esser incorporati nelle procedure. Attengono a questo primo livello i:

- controlli generati dai sistemi informativi, adottati in azienda, inseriti nell'ambito di sistemi procedurali automatici che consentono la verifica immediata delle elaborazioni e dei dati da parte di chi sta effettuando le operazioni mediante segnalazione di anomalie ed errori, blocco del flusso procedurale;
- controlli diretti da parte del responsabile Sistemi informatici: ha tra i suoi compiti la supervisione delle attività in carico e la loro conduzione in linea con le finalità aziendali.

Controlli di secondo livello: sono verifiche effettuate da unità diverse da quelle operative sul regolare espletamento delle attività e sul corretto rispetto delle procedure ed utilizzo delle deleghe. Tali controlli sono spesso disciplinati dalle procedure e norme interne e si effettuano anche con sistemi informativi automatizzati. Sono controlli che rispondono al principio di separazione dei compiti.

Controlli di terzo livello: sono volti ad individuare andamenti anomali, violazione delle procedure e della regolamentazione e a valutare la funzionalità nel complessivo sistema dei controlli interni. Pur essendo controlli interni sono svolti da entità indipendenti (ovvero dal Collegio Sindacale, Società di Revisione e Organismo di Vigilanza).

4.2 Informazione

Con questo termine si intende indicare il sistema di flussi informativi esistente in particolare modo nelle aree c.d. a rischio.

Un efficace sistema di reporting aziendale consente di garantire trasparenza alle attività aziendali ed al contempo rende possibile un controllo sistematico sullo svolgimento delle stesse, limitando gli interventi correttivi solamente qualora si manifestino sintomi che possano far presagire il rischio di commissione di illeciti (ad es.: superamento di determinati indici, *red flag*, *warning*, informazioni relative a ripetute violazioni delle regole del presente Modello, instaurarsi di prassi che superino quanto disposto nelle procedure)⁵.

Al fine di garantire tale requisito, la Società provvederà ad instaurare un sistema di flussi informativi verso l'OdV da parte delle funzioni aziendali ritenute a rischio di reato, dei vertici aziendali e degli organi societari in modo da garantire anche concrete modalità di segnalazione di eventuali violazioni al Modello (vedi Infra par13.3 e 13.4)

5. LA MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E DEI CONTROLLI

L'individuazione delle aree di rischio prevista dall'art. 6, co. 2, lett. a) D.Lgs. n. 231/01⁶, nell'ambito del progetto di adeguamento di ISMETT, ha comportato:

1. **la valutazione preventiva di tutta la realtà aziendale.** Tale valutazione è stata realizzata in base all'astratta configurabilità delle fattispecie di cui al Decreto, alle dimensioni della Società ed alla tipologia di attività da questa esercitata;
2. **l'individuazione delle attività a rischio-reato, attraverso questionari compilati da tutti i dirigenti/responsabili di funzione di ISMETT;**
3. **l'analisi del Sistema di Controllo Interno già esistente della Società e delle sue varie componenti e la valutazione dell'idoneità dei presidi organizzativi,**

⁵ Cfr. nota 7.

⁶ Cfr. anche Trib. Napoli, ordinanza 26 giugno 2007; Tribunale Milano ordinanze 20 settembre e 9 novembre 2004; Tribunale di Roma ordinanza 4 aprile 2003.

procedurali e amministrativi (organi societari e organizzazione interna, procure, deleghe di responsabilità e di poteri di spesa, procedure e principi comportamentali);

4. l'identificazione dei principi e dei requisiti del sistema dei controlli;
5. la valutazione del "rischio 231", in base al reato, alla probabilità di accadimento ed al suo peso e impatto;
6. la predisposizione di una apposita mappa delle figure apicali a "rischio 231"

5.1 L'individuazione delle aree di rischio e la mappatura dei controlli: la metodologia del Control Self Assessment (CSA)

Il Control Self Assessment per la rilevazione dei controlli posti a presidio delle attività a rischio rilevate, è stato realizzato attraverso interviste volte a:

1. Analizzare il Sistema di Controllo Generale Interno, tramite il supporto di un questionario (Questionario Generale) finalizzato ad esprimere un giudizio globale sul sistema organizzativo interno della Società avente ad oggetto aspetti concernenti l'intera organizzazione aziendale e non la singola attività a rischio (ad esempio, l'esistenza di un organigramma aziendale ben formalizzato, l'adozione di codici etici, le metodologie per l'assunzione del personale, l'applicazione del sistema disciplinare, ecc.).
2. Analizzare il Sistema dei Controlli Specifici l'individuazione, a titolo esemplificativo e non esaustivo, delle attività a contatto con la P.A., gli adempimenti Societari, gestione risorse umane, gestione contenziosi, gestione sicurezza ai sensi del T.U. 81/2008; corretta attuazione e gestione degli adempimenti in materia ambientale previsti ai sensi del D.Lgs. 152/2006 e ss mm e ii.

6. SISTEMA ORGANIZZATIVO

Criteri di verifica dell'adeguatezza del Sistema Organizzativo

La verifica dell'adeguatezza del sistema organizzativo è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

1. formalizzazione del sistema;
2. chiara definizione delle responsabilità attribuite e delle linee di dipendenza gerarchica;
3. esistenza della contrapposizione di funzioni;
4. corrispondenza tra le attività effettivamente svolte e quanto previsto dalle missioni e responsabilità della società;

5. esistenza di protocolli e procedure Manuale Aziendale Generale (Systemwide Manual) adottate dall'azienda Manuali Dipartimentali che comprendono tutti quei protocolli inerenti l'attività specifica svolta dai singoli Dipartimenti/U.O., usati anche dai Capi Dipartimento come orientamento per lo staff posto sotto la loro diretta supervisione.

Area Sicurezza

La Società ha adottato le misure richieste dalla legge per la tutela della salute dei lavoratori e dell'igiene del luogo di lavoro. Sono state poste in essere anche le previsioni che riguardano la prevenzione di infortuni sul lavoro, a tal fine è stato nominato dal CdA un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ("RSPP") con il compito di supervisionare l'adeguamento -delle strutture in cui la Società opera- alle norme sulla sicurezza sul lavoro.

Il piano dei controlli è contenuto nel Documento di Valutazione dei Rischi ("DVR") che l'RSPP ha il compito di mantenere aggiornato.

E' istituito il seguente flusso informativo:

- l'RSPP riferisce almeno una volta l'anno all'OdV sull'attività svolta e le problematiche incontrate;
- l'RSPP fornisce copia aggiornata del DVR all'OdV;
- l'RSPP è tenuto ad informare tempestivamente l'OdV di situazioni che potrebbero compromettere la sicurezza e la salute dei lavoratori.

7. SISTEMA AUTORIZZATIVO

ISMETT ha adottato un sistema autorizzativo che, in aderenza ai principi fissati nelle Linee Guida di Confindustria, è volto a garantire l'assegnazione dei poteri autorizzativi e di firma in coerenza alle responsabilità gestionali definite.

Il Direttore dell'Istituto, al quale sono delegati tutti i più ampi poteri di amministrazione ordinaria della Società, è nominato dall'Assemblea su designazione del socio UPMC International Holdings Inc.

Come specificato nella delibera consiliare del 21 gennaio 2009, tali poteri sono esercitati con piena autonomia decisionale ma nel rispetto delle procedure e dei regolamenti adottati dalla Società e nell'ambito delle linee direttive risultanti dai piani gestionali e dei budgets approvati dal Consiglio. Tutto con il limite massimo è per valore di euro un milione per ciascuna operazione che comporti una spesa o l'assunzione di un'obbligazione per conto della Società e con l'esclusione in ogni caso del potere di effettuare o disporre pagamenti a favore di UPMC che esulino dai rapporti contrattuali risultanti dal contratto di gestione e secondo le procedure nello stesso previste. Tale limite di valore può essere superato nel caso di pagamenti in esecuzione di contratti conclusi mediante procedure di acquisto di evidenza

pubblica, come risultanti dagli atti verificati ed approvati dai competenti uffici regionali ai fini del relativo finanziamento.

Fermi restando i poteri delegati al Direttore dell'Istituto, il C.d.A. è investito dei più ampi poteri di gestione ordinaria e straordinaria della Società ed ha la facoltà di incaricare procuratori e mandatari in genere ovvero singoli membri del C.d.A. per specifici atti o categorie di atti fissandone le funzioni e precisandone il mandato ai sensi di legge con facoltà di revocarli in qualunque momento.

La legale rappresentanza della società di fronte ai terzi ed in giudizio, nonché la firma sociale, spetta al Presidente del Consiglio di Amministrazione (o, in caso di sua assenza o impedimento al Vice Presidente ovvero in caso di assenza o impedimento anche di quest'ultimo all'Amministratore più anziano) oltre che al Direttore dell'Istituto nei limiti del suo incarico e dei poteri delegati.

ISMETT, anche al fine di favorire il processo di coordinamento tra le competenze medicoscientifiche, sanitarie e amministrative dell'istituto nonché la comunicazione tra i vari dipartimenti e servizi ha istituito al suo interno numerosi comitati, tra i quali si ricordano:

Strategic Integration Committee (SIC)

Lo Strategic Integration Committee, tra l'altro, assicura che vi sia allineamento tra le Direzioni Operative e le azioni intraprese dall'Executive Management Committee e le attività medico-scientifiche di ISMETT.

Executive Management Committee (EMC)

Ferme restando le specifiche attribuzioni di ciascuna direzione l'EMC ha l'obiettivo di condivisione delle scelte operative e di consultazione tra le funzioni; compito prevalente è, infatti, quello di coordinare e pianificare (i) le politiche generali e processi interdipartimentali; (ii) la struttura organizzativa, anche al fine dell'utilizzo più efficiente delle risorse; (iii) la programmazione delle risorse economiche destinate al funzionamento e al rinnovamento della struttura.

Comitato per le Politiche Aziendali (CPA)

Nel rispetto dei protocolli di Modello, compito prevalente del Comitato è, infatti, quello di approvare sia le procedure di nuova introduzione sia quelle sottoposte a revisione periodica, nonché fornire indicazioni sulla necessità di adottare ed implementare nuove politiche aziendali, stabilendone le relative priorità.

ottimizzazione del livello delle giacenze, nonché (iii) il volume dei consumi con individuazione di specifici programmi di intervento in caso di riscontrate anomalie.

Commissione di Valutazione

La Commissione di Valutazione nell'ambito delle attività relative alla sponsorizzazione, ha lo scopo di assicurare la conformità delle procedure a quanto previsto dal Regolamento sponsorizzazioni, il rispetto delle specifiche disposizioni normative previste per le singole iniziative progettuali, nonché per garantire l'eticità degli sponsee partecipanti alle attività

oggetto di sponsorizzazione, è stata altresì costituita con delibera del Direttore di Istituto la Commissione di Valutazione interna all'Istituto.

La Commissione di Valutazione è costituita dal Direttore Amministrativo (Presidente); dal Direttore Sanitario; dal Responsabile Ufficio Acquisti; dal Responsabile della Formazione, nonché dal soggetto promotore dell'iniziativa oggetto della sponsorizzazione, quale membro di diritto, il quale parteciperà alle riunioni senza diritto di voto nelle relative deliberazioni.

Comitato Etico

Il Comitato etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

a) /o associazionismo di tutela dei pazienti.

Nei comitato etico almeno la metà dei componenti totali deve essere non dipendente dalla istituzione che si avvale del comitato etico.

Comitato Qualità e Sicurezza del Paziente:

In linea con gli standard dell'ente di certificazione volontaria all'eccellenza dell'Ospedale, l'ISMETT ha istituito un meccanismo di coordinamento e supervisione del programma per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente. Il comitato, anche ai sensi del DA del 5 ottobre 2005, ha le seguenti responsabilità:

- Promuovere un ambiente in cui le attività per migliorare le prestazioni sono integrate nelle attività quotidiane dell'ospedale
- Rivedere risultati dell'anno precedente e definire le priorità per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente su base annuale
- Monitorare i trend degli indicatori della qualità e della Sicurezza del Paziente inclusi eventi significativi e eventi sentinella)
- Valutare i programmi di rischio clinico, sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione, stato di adeguamento agli standard JCI, gestione dei sinistri, gestione di farmaci, sangue e terapie, verificare i risultati conseguiti e pianificare le azioni necessarie.
- Acquisire informazioni sulle RCA condotte.
- Condurre il riesame dei Sistemi di Gestione Qualità secondo le norme ISO (Formazione e Servizi Diagnostici e Terapeutici).
- Rivedere e, se necessario aggiornare, la struttura del programma QPS e la metodologia utilizzata su base annuale.

Terapie e Dispositivi Medici

Assicurare l'utilizzo efficace, efficiente, sicuro e nel rispetto della centralità del paziente di farmaci, terapie, sangue e dispositivi medici attraverso 1) la gestione del prontuario ISMETT, 2) lo sviluppo di politiche e regolamenti in materia di utilizzo di farmaci, 3) la valutazione di reazioni avverse a farmaci, 4) la revisione di linee guida cliniche e 5) la valutazione di dati relativi all'uso di farmaci, sangue ed errori di terapia: Il comitato adotta inoltre la

metodologia HTA per la valutazione dei dispositivi e apparecchiature elettromedicali da introdurre.

Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

Assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza attraverso 1) la definizione di un piano annuale contenente l'identificazione degli obiettivi prioritari e dei piani d'azione 2) la programmazione e verifica dei monitoraggi ambientali, 3) lo sviluppo e l'aggiornamento di politiche e regolamenti in materia di controllo e prevenzione delle infezioni, 4) la valutazione dei dati delle infezioni e dell'aderenza alle misure preventive e, 5) lo sviluppo di programmi per la formazione del personale su pratiche e politiche aziendali relative al controllo delle infezioni.

Comitato Salute e Sicurezza

Il Comitato Salute e Sicurezza assicura una struttura sicura per i pazienti, lavoratori e visitatori, attraverso 1) la valutazione del rispetto dei programmi di gestione della struttura, delle apparecchiature elettromedicali, degli impianti fissi, della vigilanza, dei rifiuti pericolosi, 2) il monitoraggio degli infortuni dei dipendenti, 3) la programmazione e valutazione degli Environmental Tours e delle esercitazioni antincendio, e 4) la definizione di azioni di miglioramento per i programmi e le pratiche di gestione della struttura e della sicurezza.

Comitato JCI Internal Compliance

Il Comitato JCI Internal Compliance assicura il mantenimento del rispetto degli standard e degli IPSG di JCI, ai fini del ri-accreditamento periodico dell'organizzazione, attraverso 1) lo sviluppo di piani d'azione migliorativi relativi alle aree di mancata o parziale conformità, anche in collaborazione con gli altri comitati operativi di competenza, 2) il monitoraggio periodico dei progressi raggiunti, 3) la verifica della completezza della documentazione clinica, 4) la valutazione dei programmi di riduzione delle cadute e delle ulcere da decubito, e della sicurezza in sala operatoria

Comitato Formazione

Il Comitato Formazione assicura l'erogazione di attività formativa di alto livello e nel rispetto del piano formativo aziendale, attraverso 1) la progettazione, 3) la pianificazione, 4) l'erogazione e 5) il monitoraggio della formazione ai sensi del modello di gestione di qualità ISO e degli standard JCI

Comitato Gestione dei Sinistri

Il Comitato di Gestione dei Sinistri ha la finalità di minimizzazione l'impatto economico del sinistro, attraverso: 1) la raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri 2) la valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, se non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario; 3) la valutazione in un'ottica preventiva delle tipologie e delle entità dei danni arrecati a terzi; 4) la gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per una composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto e 5) la definizione della politica assicurativa aziendale

Nucleo Operativo di Controllo (NOC)

Ai sensi del Decreto dell'Assessorato della Salute del 13 marzo 2013 recante "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del sistema sanitario regionale", la Società ha istituito un Nucleo Operativo di Controllo che ha il compito di effettuare controlli sulle cartelle cliniche sia post dimissione sia in costanza di ricovero, volti a verificare: la qualità della documentazione clinica, la qualità della compilazione della SDO e la congruenza con la cartella clinica; l'appropriatezza organizzativa e l'appropriatezza clinica.

8. CODICE DI CONDOTTA

L'adozione di principi etici rilevanti ai fini della prevenzione dei reati di cui al D.Lgs 231/01 rappresenta un obiettivo del presente Modello. In tale ottica l'adozione di un Codice di Condotta quale utile strumento di *governance* costituisce un elemento essenziale del sistema di controllo preventivo. Il Codice di Condotta, infatti, mira a raccomandare, promuovere o vietare determinati comportamenti cui possono essere collegate sanzioni proporzionate alla gravità delle eventuali infrazioni commesse.

Tali principi sono stati oggetto di formalizzazione nel Codice di Condotta di ISMETT che è rivolto a: *amministratori, dirigenti, dipendenti, consulenti, collaboratori e terzi che, per conto della Società, entrino in contatto con la Pubblica Amministrazione e/o con Pubblici Ufficiali/Incaricati di Pubblico Servizio, italiani o esteri, sia in Italia che all'estero o, comunque, svolgano attività nell'interesse e/o a vantaggio della Società.*

I principi inseriti nel Codice di Condotta, adottato dalla Società, sono relativi, tra l'altro, a regole di condotta nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, a regole in merito agli illeciti societari e a regole da rispettare nello svolgimento delle varie operazioni ed attività dell'organizzazione, nonché nello svolgimento dell'attività professionale del personale medico.

Una sezione del Codice di Condotta è dedicata alla descrizione degli organi e meccanismi di controllo, quali l'Organismo di Vigilanza, deputato al controllo ed all'aggiornamento del Modello organizzativo e di gestione e del Codice di Condotta stesso, e le sanzioni, applicate nel caso d'inosservanza dei principi contenuti nel Codice. Sono, inoltre, indicati i principi nel rispetto dei quali provvedere alla sua diffusione nell'azienda, nonché alla gestione di conflitti tra le disposizioni presenti nello stesso con le disposizioni previste nei regolamenti interni o nelle procedure.

Infine, il Codice raccomanda a chiunque venga a conoscenza di violazioni ai principi dello stesso e/o delle procedure che compongono il Modello, di segnalarle prontamente all'Organismo di Vigilanza.

9. SISTEMA DISCIPLINARE

L'effettiva operatività del Modello è garantita da un adeguato Sistema disciplinare che sanziona il mancato rispetto e la violazione delle norme contenute nel Modello stesso e dei

suoi elementi costitutivi. Simili violazioni devono essere sanzionate in via disciplinare, a prescindere dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale, in quanto configurano violazione dei doveri di diligenza e fedeltà del lavoratore e nei casi più gravi, lesione del rapporto di fiducia instaurato con il dipendente.

La Società ha provveduto ad introdurre un Sistema disciplinare ai fini del D. Lgs. 231/2001, volto a sanzionare le eventuali violazioni dei principi e delle disposizioni contenute nel presente Modello, sia da parte dei dipendenti della Società – dirigenti e non – sia da parte di amministratori sindaci e da parte dei componenti dell'Organismo di Vigilanza nonché da parte di consulenti, collaboratori e terzi . Il Sistema disciplinare è riportato nell'Allegato n.5 della parte speciale alla cui lettura si rinvia.

10. RISORSE UMANE

Con il termine gestione delle Risorse Umane s'intende una più specifica serie di attività tra cui vanno senz'altro comprese: l'adeguamento quantitativo e qualitativo dell'organico ai piani aziendali, la gestione della mobilità orizzontale e verticale del personale, la gestione dell'obsolescenza professionale o degli esuberanti di personale, la riduzione dei costi del personale ed, in particolare, l'impostazione e gestione dei sistemi retributivi ed incentivanti al fine di favorire il raggiungimento degli scopi operativi dell'azienda e il coinvolgimento dei membri dell'organizzazione.

ISMETT, relativamente al processo di *Recruitment*, segue una politica aziendale volta a selezionare ed assumere il personale maggiormente qualificato e capace, in maniera equa e trasparente (Cfr. Procedura "*Recruitment and Retention*"). I criteri di selezione sono definiti al fine di garantire una valutazione basata prevalentemente su elementi oggettivi (risultati di prove, test, ecc.). Inoltre, sono stati implementati dei meccanismi di controllo durante il processo di selezione, quali, ad esempio:

- l'obbligo di comunicare per iscritto alla Commissione di Selezione qualunque rapporto di tipo lavorativo, economico o familiare precedente, in corso, o in via di attuazione tra qualunque membro del personale ISMETT e qualsiasi candidato;
- la gestione di eventuali conflitti d'interesse tra il candidato ed i membri della Commissione di Selezione tali da inficiarne l'autonomia di giudizio;
- il valore di mera attestazione di esperienze curriculari attribuito ad eventuali referenze presentate in sede di candidatura.

L'Istituto si prefigge, inoltre, di mantenere i propri sistemi d'incentivazione e di valutazione della *performance* del personale sempre adeguati. A tal proposito è fondamentale la definizione di obiettivi chiari e raggiungibili, e valutazioni per lo più basate sul merito e sistemi di carriera in grado di premiare le risorse più qualificate, soprattutto per posizioni connesse alle aree a rischio di reato.

La Società adotta un sistema di valutazione delle performance del personale basato su criteri temporali ed in ragione del ruolo ricoperto dal singolo dipendente (manager, educatori tecnici e medici).

Le valutazioni eseguite con cadenza non superiore ai sei mesi si basano sul giudizio espresso dal Capo del Dipartimento, cui il lavoratore è assegnato ed ha ad oggetto esclusivamente le sue capacità individuali.

Tale valutazione viene eseguita previa compilazione da parte del Capo Dipartimento di una *scheda apposita* (vedi Allegato C alla procedura sopra citata) nella quale vengono presi in considerazione una serie di fattori specifici volti ad evidenziare sia le capacità individuali del dipendente (quali l'accuratezza e la qualità del lavoro, la versatilità, il *problem solving*, la propensione al miglioramento continuo, l'autonomia, la gestione del tempo, l'autocontrollo, la puntualità e l'aspetto) sia le capacità interattive dello stesso (quali la capacità di comunicazione, la capacità di lavorare in gruppo, le relazioni interpersonali e l'orientamento al cliente). In particolare, è compito del Capo di Dipartimento quantificare il valore di ciascuno dei fattori considerati sulla base di una scala di valutazione da 1 a 5 in ragione del grado di insufficienza/eccellenza del risultato riscontrato. Occorre sottolineare che nella scheda valutativa vengono opportunamente specificate sia le qualità individuali che hanno determinato la buona riuscita dei compiti preventivamente assegnati, sia eventuali carenze a cui faranno seguito mirati interventi migliorativi (quali, ad esempio, la frequenza a specifici corsi di formazione). Il superamento delle carenze eventualmente emerse sarà poi inserito tra gli obiettivi di cui al successivo periodo di valutazione.

La scheda in esame viene discussa dal Capo di Dipartimento con il dipendente e firmata per approvazione dal dirigente superiore.

Diversamente dalle valutazioni di cui al punto che precede le quali sono basate esclusivamente sull'esame delle capacità individuali del singolo dipendente, le valutazioni annuali hanno ad oggetto:

- la verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Capo di Dipartimento nell'anno di riferimento tramite un'apposita *scheda* (Allegato A della procedura);
- l'autovalutazione da parte del singolo dipendente in merito alle proprie capacità individuali ed all'operato svolto nell'anno di riferimento secondo un apposito modello (Allegato B della procedura);
- la verifica da parte del Capo di Dipartimento del raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di valutazione semestrale in merito alle capacità individuali del singolo dipendente e con lo stesso previamente discusse (Scheda- Allegato C della procedura);

I principali obiettivi, definiti dal Capo di Dipartimento secondo il ruolo del dipendente oggetto della valutazione, hanno carattere generico (ad es., gestione delle emergenze, qualità nell'assistenza, migliorare le conoscenze, assumere personale ecc), e la verifica del loro raggiungimento prende in esame una serie di indicatori la cui definizione viene concordata

dal Capo di Dipartimento con il dipendente stesso. Ad ogni obiettivo, secondo un principio di priorità, viene assegnato un peso percentuale.

Al dipendente sarà attribuito, in corrispondenza di ciascun obiettivo, un voto da 1 a 5 in ragione del grado di insufficienza/eccellenza del risultato riscontrato. Tale votazione sarà moltiplicata per il peso assegnato al relativo obiettivo, e così per tutti gli obiettivi; la somma delle moltiplicazioni suddette rappresenta la valutazione complessiva (“punteggio degli obiettivi”) relativa al raggiungimento degli obiettivi prefissati da parte del dipendente.

Il sistema appena descritto consente alla Società di ottenere giudizi, quanto più possibile, veritieri, oggettivi e basati su considerazioni di merito e professionalità. Peraltro, sono in fase d’approvazione meccanismi integrativi di valutazione del personale volti a disciplinare ulteriormente la discrezionalità del Capo Dipartimento in sede di valutazione, ed ad omogeneizzare maggiormente gli obiettivi secondo la posizione ricoperta dal singolo dipendente (Manager, Educatori, Medici, Tecnici, ecc.).

11. L’ORGANISMO DI VIGILANZA

L’art. 6 comma 1, lett. b) del Decreto prevede, tra i presupposti indispensabili per l’esonero della responsabilità conseguente alla commissione dei reati da questo indicati, l’istituzione di un Organismo *interno* all’ente - c.d. *Organismo di vigilanza* (di seguito “l’Organismo” o “OdV”) - dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo con il compito di vigilare sul funzionamento e l’osservanza del Modello e di curarne l’aggiornamento.

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

1. **autonomia ed indipendenza:** come anche precisato dalle Linee Guida, la posizione dell’Organismo nell’ente “*deve garantire l’autonomia dell’iniziativa di controllo da ogni forma di interferenza e/o condizionamento da parte di qualunque componente dell’ente*” (ivi compreso l’organo dirigente). L’Organismo deve pertanto essere inserito come unità di staff in una posizione gerarchica (la più elevata possibile) con la previsione di un riporto al massimo Vertice operativo aziendale. Non solo, al fine di garantirne la necessaria autonomia di iniziativa ed indipendenza, “*è indispensabile che all’OdV non siano attribuiti compiti operativi che, rendendolo partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l’obiettività di giudizio nel momento delle verifiche sui comportamenti e sul Modello*”.
2. **professionalità:** tale requisito si riferisce alle competenze tecniche specialistiche di cui deve essere dotato l’Organismo per poter svolgere l’attività che la norma gli attribuisce. In particolare, i componenti dell’organismo devono avere conoscenze specifiche in relazione a qualsiasi tecnica utile per compiere l’attività ispettiva, consulenziale di analisi del sistema di controllo e di tipo giuridico, (in particolare nel settore penalistico e societario), come chiaramente specificato nelle Linee Guida. E’, infatti, essenziale la conoscenza delle tecniche di analisi e valutazione dei rischi, del

flow charting di procedure e processi, delle metodologie per l'individuazione di frodi, del campionamento statistico e della struttura e delle modalità realizzative dei reati.

3. **continuità di azione:** per garantire l'efficace attuazione del Modello organizzativo, è necessaria la presenza di una struttura dedicata esclusivamente e a tempo pieno all'attività di vigilanza.

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

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

11.1 Individuazione dell'Organismo di vigilanza

In attuazione di quanto previsto dal Decreto e dalle Linee Guida di Confindustria, e nel rispetto dei requisiti di autonomia, indipendenza, professionalità e continuità d'azione appena illustrati, L'Organismo di Vigilanza di ISMETT è stato individuato in un organo collegiale a composizione mista (con membri interni ed esterni dotati delle necessarie competenze tecniche).

Il Presidente dell'Organismo di Vigilanza sarà scelto secondo le modalità indicate nello Statuto tra i Membri esterni designati.

Non potranno essere nominati componenti dell'Organismo di Vigilanza coloro i quali abbiano riportato una condanna - anche non definitiva - per uno dei reati previsti dal Decreto.

Per la definizione degli altri requisiti di ineleggibilità e di decadenza nonché per tutti gli aspetti relativi al funzionamento dell'Organismo di Vigilanza si rimanda al documento Statuto dell'Organismo di Vigilanza (All.4 del presente Modello).

11.2 Responsabilità dell'OdV

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

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

Al fine di consentirne effettività ed efficacia di azione, all'Organismo di Vigilanza deve essere segnalata ogni eventuale violazione del presente Modello. Tutti i dipendenti, dirigenti e tutti coloro che cooperano al perseguimento dei fini della Società, sono pertanto tenuti ad informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza in ordine ad ogni violazione del Modello e dei suoi elementi costitutivi e ad ogni altro aspetto potenzialmente rilevante ai fini dell'applicazione del Decreto.

In particolare, devono essere tempestivamente trasmesse all'Organismo di Vigilanza le informazioni concernenti:

- provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di attività di indagine per i reati di cui al Decreto, avviate anche nei confronti di ignoti;
- rapporti predisposti dai responsabili delle funzioni aziendali nell'ambito delle attività di controllo svolte, dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto alle norme del Decreto;
- notizie relative all'effettiva attuazione a tutti i livelli aziendali del Modello;
- notizie relative ad eventuali procedimenti disciplinari ed alle relative sanzioni irrogate (compresi i provvedimenti motivati di archiviazione dei procedimenti disciplinari);
- ogni eventuale modifica e/o integrazione al sistema di deleghe e procure;
- ogni eventuale emanazione, modifica e/o integrazione alle procedure operative.

L'Organismo di Vigilanza è destinatario anche delle segnalazioni aventi ad oggetto il funzionamento e l'aggiornamento del Modello, ovvero l'adeguatezza dei principi del Codice di Condotta e delle procedure aziendali.

Con riferimento a tali segnalazioni, che devono essere preferibilmente effettuate in forma scritta (anche mediante e-mail), l'Organismo agisce in modo da garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando altresì l'anonimato del segnalante e la riservatezza dei fatti dal medesimo segnalati, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Società.

Le informazioni anonime o rappresentate all'Organismo di Vigilanza non in forma scritta, come previsto nello Statuto, verranno da questo prese in considerazione, a sua discrezione, sulla base della gravità della violazione denunciata.

Come meglio specificato nello Statuto, le informazioni raccolte o pervenute all'OdV nello svolgimento delle proprie funzioni saranno archiviate e conservate in un apposito archivio.

L'Organismo di Vigilanza, a sua volta, provvederà a rendicontare nei tempi e nei modi specificatamente indicati nello Statuto e nel paragrafo successivo, i risultati dell'attività svolta, in via continuativa, al Direttore dell'Istituto ed a cadenza annuale al Consiglio di Amministrazione, al Collegio Sindacale e, se del caso, alla Società incaricata della revisione dei bilanci.

In particolare, quest'ultimo canale di *reporting* (verso il Collegio Sindacale ovvero – se applicabile – verso la Società di Revisione) potrà essere utilizzato in via privilegiata qualora le violazioni emerse siano riferibili al Direttore dell'Istituto.

11.3 Reporting dell'organismo nei confronti degli Organi Societari e del vertice aziendale

L'Organismo di Vigilanza relaziona i risultati della propria attività al Direttore dell'Istituto, al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale (ed ove applicabile, alla Società di Revisione) ed in particolare riferisce in merito all'attuazione del Modello e all'emersione di eventuali criticità ad esso connesse.

Più precisamente, nei modi stabiliti nello Statuto, l'OdV deve riferire:

- costantemente del proprio operato al Direttore dell'Istituto;
- periodicamente al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale.

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

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

L'Organismo deve, inoltre, coordinarsi ed avvalersi delle strutture tecniche competenti presenti nella Società per i diversi profili specifici.

11.4 Flusso informativo nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

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

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

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

Al fine di consentirne effettività ed efficacia di azione, all'Organismo di Vigilanza deve essere segnalata ogni eventuale violazione del presente Modello. Tutti i dipendenti, dirigenti e tutti coloro che cooperano al perseguimento dei fini della Società, sono pertanto tenuti ad informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza in ordine ad ogni violazione del Modello e dei suoi elementi costitutivi e ad ogni altro aspetto potenzialmente rilevante ai fini dell'applicazione del Decreto.

In particolare, devono essere tempestivamente trasmesse all'Organismo di Vigilanza le informazioni concernenti:

- provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di attività di indagine per i reati di cui al Decreto, avviate anche nei confronti di ignoti;
- rapporti predisposti dai responsabili delle funzioni aziendali nell'ambito delle attività di controllo svolte, dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto alle norme del Decreto;
- notizie relative ad eventuali procedimenti disciplinari ed alle relative sanzioni irrogate (compresi i provvedimenti motivati di archiviazione dei procedimenti disciplinari);
- ogni eventuale modifica e/o integrazione al sistema di deleghe e procure;
- ogni eventuale emanazione, modifica e/o integrazione alle procedure operative, nei termini previsti dalla procedura ISMETT-MA02

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

L'Organismo di Vigilanza è destinatario anche delle segnalazioni aventi ad oggetto il funzionamento e l'aggiornamento del Modello, ovvero l'adeguatezza dei principi del Codice di Condotta e delle procedure aziendali.

L'Organismo agirà in modo da garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando altresì la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Società o delle persone coinvolte, nonché la reputazione del/dei segnalato/i.

Il flusso informativo è, infine, integrato da riunioni periodiche (almeno a cadenza annuale) a cui partecipano l'Organismo di Vigilanza, il Collegio Sindacale, e, qualora dovessero essere trattati aspetti attinenti al bilancio e ai reati societari, la società di certificazione.

11.5 Raccolta e conservazione delle informazioni

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

L'accesso al data base è consentito unicamente ai componenti dell'Organismo.

11.6 Obblighi di riservatezza dell'Organismo di Vigilanza

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

12. PROCEDURE OPERATIVE

La *Gap Analysis* ha consentito di individuare per ciascuna attività a rischio le “azioni di miglioramento” ritenute necessarie per l’adeguamento delle procedure operative esistenti.

Sulla base dei risultati di detta analisi, la Società ha potuto implementare un nuovo sistema dei controlli specifici incentrato sulle procedure operative. Tale processo, come detto, si avvale dei soggetti, individuati così come previsto al protocollo ISMETT-MA02.

A tale protocollo, sottoposto all’approvazione del Consiglio di Amministrazione, sono demandate le regole relative all’approvazione, monitoraggio e modifica dei diversi protocolli e la loro catalogazione nelle diverse categorie.

Scopo di tale processo di miglioramento dei controlli specifici è quello di procedere alla formalizzazione di nuove procedure operative e/o all’aggiornamento e coordinamento di quelle già esistenti, affinché rispondano ai requisiti (c.d. “standard di controllo specifici”) indicati nel paragrafo relativo al Sistema di Controllo Interno, come più dettagliatamente specificati di seguito.

- 1) **Procedure:** ove applicabile, l’attività “sensibile” deve trovare regolamentazione a livello di modalità tecnico-operative in una o più procedure formalizzate.
- 2) **Soggetto Responsabile:** chiara definizione del soggetto responsabile di ogni fase dell’attività.
- 3) **Separazione dei ruoli:** deve esistere separazione di compiti e di ruoli tra chi autorizza, chi esegue e chi controlla lo svolgimento dell’attività sensibile.
- 4) **Poteri di firma esterni e poteri autorizzativi interni:** devono essere conferiti con procura o delega oppure previsti in specifiche procedure operative.
- 5) **Tracciabilità:** deve essere garantita la tracciabilità delle operazioni e dei processi decisionali (ad esempio: documentazione da predisporre, modalità di conservazione della documentazione, evidenza delle attività di controllo).

Relativamente all’attività sensibile di redazione del bilancio e situazioni contabili infrannuali, gli standard di controllo specifici sono:

- **Istruzioni di chiusura contabile:** devono esistere istruzioni rivolte alle funzioni con cui si stabilisca quali dati e notizie debbano essere forniti all’Amministrazione in relazione alle chiusure annuali e infrannuali, alle modalità ed alla relativa tempistica;
- **Lettere di attestazione:** il DG acquisisce dai responsabili di funzione la lettera che attesta la veridicità e la completezza delle informazioni fornite ai fini della redazione del bilancio civilistico;
- **Riunioni tra Società di Revisione, Collegio Sindacale e OdV:** devono essere effettuate una o più riunioni tra la Società di Revisione, il Collegio Sindacale e l’OdV,

prima della riunione del Consiglio di Amministrazione indetta per l'approvazione del bilancio e della relativa Assemblea, che abbiano per oggetto la valutazione di eventuali criticità emerse nello svolgimento delle attività di revisione;

- **Tracciabilità:** il sistema informatico utilizzato per la trasmissione di dati e informazioni alla Direzione Amministrativa, deve garantire la tracciabilità dei singoli passaggi e l'identificazione dei soggetti che inseriscono i dati nel sistema. Il responsabile di ciascuna funzione deve garantire la tracciabilità delle informazioni contabili non generate in automatico dal sistema;
- **Attività di formazione:** devono essere svolte attività di formazione di base, rivolte alle funzioni coinvolte nella redazione del bilancio e delle altre comunicazioni previste per legge, in merito alle principali nozioni e problematiche giuridiche e contabili sul bilancio;
- **Conservazione del fascicolo di bilancio:** devono esistere regole formalizzate che identifichino ruoli e responsabilità, relativamente alla tenuta, conservazione e aggiornamento del fascicolo di bilancio dall'approvazione del Consiglio di Amministrazione al deposito e pubblicazione (anche informatica) dello stesso e alla relativa archiviazione;

Relativamente all'attività sensibile di gestione rapporti con soci, Società di Revisione, Collegio Sindacale, gli standard di controllo specifici sono:

- **Obbligo di collaborazione:** devono esistere direttive che sanciscano l'obbligo alla massima collaborazione e trasparenza nei rapporti con Società di Revisione, Collegio Sindacale, OdV ed in occasione di richieste da parte dei soci;
- **Selezione della Società di Revisione e sua indipendenza nel mandato:** deve esistere una disposizione aziendale che regolamenti le fasi di selezione della Società di Revisione contabile e devono esistere regole per mantenere l'indipendenza della Società di Revisione, nel periodo del mandato;
- **Tracciabilità:** deve essere garantita la tracciabilità di fonti e informazioni nei rapporti con i soci e con la Società di Revisione.

Relativamente all'attività sensibile di rapporti con Autorità di vigilanza, gli standard di controllo specifici sono i seguenti:

- **Obbligo di collaborazione:** devono esistere direttive che sanciscano l'obbligo alla massima collaborazione e trasparenza nei rapporti con le Autorità di vigilanza
- **Tracciabilità, archiviazione e segnalazioni nelle ispezioni:** deve esistere una disposizione aziendale per l'identificazione di un soggetto responsabile per la gestione dei rapporti con l'Autorità di vigilanza in caso d'ispezioni, appositamente delegato dai vertici aziendali. Tale disposizione aziendale deve disciplinare anche le

modalità di archiviazione, la tracciabilità delle informazioni fornite, nonché l'obbligo di segnalazione iniziale e di relazione sulla chiusura delle attività.

- **Tracciabilità e archiviazione nelle comunicazioni scritte:** il soggetto che redige le comunicazioni scritte alle Autorità di vigilanza deve assicurare la tracciabilità delle relative fonti e degli elementi informativi, nonché l'archiviazione delle relative richieste pervenute;
- **Sicurezza informatica:** devono esistere adeguate misure di sicurezza per il trattamento informatico dei dati, quali quelle contenute nel Testo Unico sul trattamento dei dati personali.

Relativamente all'attività sensibile di comunicazione, svolgimento e verbalizzazione assemblee, gli standard di controllo specifici sono:

- **Obblighi informativi:** deve esistere una disposizione aziendale formalizzata che identifichi ruoli e responsabilità, relativamente agli obblighi informativi della Società verso l'esterno;
- **Gestione dei verbali:** deve esistere una disposizione aziendale chiara e formalizzata che identifichi ruoli e responsabilità, relativamente alla trascrizione, pubblicazione ed archiviazione dei verbali sui rispettivi libri sociali.

13. GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

Il ciclo passivo in ISMETT risulta regolamentato e monitorato.

Nel rispetto del principio di tracciabilità e di segregazione dei ruoli, le fatture passive ed i documenti a queste assimilabili vengono debitamente registrate e protocollate da un apposito ufficio e successivamente inoltrate all'Ufficio Contabilità.

E', inoltre, eseguito un controllo sulla correttezza del documento sia sotto il profilo formale sia sotto quello sostanziale.

Il controllo sulla correttezza formale del documento è effettuato dall'Ufficio Contabilità che, all'esito del controllo svolto, provvede alla relativa registrazione nell'apposito software gestionale.

Il controllo sulla correttezza sostanziale ha, invece, ad oggetto la verifica dei prezzi e quella delle quantità portate dal documento. In particolare, il "visto prezzi" (che consiste nella verifica della coerenza tra l'importo concordato col fornitore e quanto fatturato previo confronto ordine-fattura) è svolto a diversi livelli dal Responsabile dell'Ufficio Acquisti, dal Direttore Amministrativo e dal Facility Manager.

Il "visto quantità", che consiste invece nella verifica tra quantitativi portati in fattura e quelli effettivamente ricevuti - previo confronto tra il documento di trasporto (in caso di beni) e il contratto contenente l'incarico (in caso di servizi) con la fattura - è eseguito a diversi livelli dal Responsabile del Magazzino, dal Responsabile dell'Area Farmacia e dagli altri Capi di

servizio, relativamente ai beni e dalla funzione richiedente in caso di acquisto di servizi.

Sempre nel rispetto del principio della segregazione dei ruoli, il pagamento della fattura viene autorizzato da un soggetto diverso rispetto a quello che ha effettuato i controlli sulla correttezza formale e sostanziale della fattura. L'approvazione è comunque subordinata al controllo svolto dall'Ufficio Tesoreria che, prima di predisporre gli ordini di pagamento, deve verificare la regolare apposizione dei visti prezzo e quantità.

14. SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE

Nella struttura organizzativa della Società è presente un'unità dedicata alla Programmazione ed al Controllo di Gestione, la quale, in particolare, svolge l'attività di coordinamento del servizio SDO ("Scheda di Dimissione Ospedaliera"), secondo il processo di seguito descritto.

Il personale medico compila le SDO relative agli interventi effettuati. Un soggetto con provate competenze cliniche, definito SDO Specialist, è responsabile della verifica sulla completezza e correttezza della compilazione della SDO. Tale verifica rappresenta un primo step di controllo e monitoraggio sull'attività in esame.

Lo SDO Specialist, verificata la completezza dei dati, provvede ad inserire le SDO in un apposito software, il quale tramite un programma ad esso associato elabora le informazioni contenute nelle SDO, determinando i DRG. Tale fase d'inserimento dati nel software è monitorata dal fatto che l'installazione del programma nonché l'accesso allo stesso sono regolati internamente da richiesta di autorizzazione, inoltre, per accedere al programma è necessario l'inserimento del nome, utente e password.

La tracciabilità dell'operazione viene assicurata tramite l'utilizzo del software informatico stesso, il quale elabora un tracciato vergine dei dati in esso inseriti che, poi, viene stampato ed inviato all'Assessorato Regionale per la Sanità.

Infine, l'Ufficio Contabilità, tramite il tracciato elaborato dal software, provvede alla fatturazione.

15. FORMAZIONE

La formazione interna costituisce uno strumento imprescindibile per un'efficace implementazione del Modello e per una diffusione capillare dei principi di comportamento e di controllo adottati dalla Società, al fine di una ragionevole prevenzione dei reati, da cui il Decreto fa scaturire la responsabilità amministrativa della Società.

La Società ha già effettuato una formazione preliminare ai fini del D.Lgs. 231/01, durante le fasi di realizzazione del Modello. Tale attività formativa ha avuto luogo attraverso l'esposizione dei criteri fondamentali della responsabilità amministrativa dell'Ente, i reati presi in considerazione dal Decreto, nonché la tipologia di sanzioni previste e le metodologie d'analisi adottate.

Ai fini dell'attuazione del Modello, la Società, in osservanza di quanto previsto dalle Linee Guida di Confindustria, provvederà a sviluppare ulteriormente il programma di formazione periodica, anche diversificandolo a seconda se rivolto ai dipendenti nella loro generalità, ai dipendenti che operano in specifiche aree a rischio ai componenti dell'Organismo di Vigilanza ed ai preposti al controllo interno.

Tale piano di formazione è finalizzato a garantire un adeguato livello di conoscenza e comprensione:

- dei precetti contenuti nel D. Lgs. 231/2001 in tema di responsabilità amministrativa degli Enti, dei reati e delle sanzioni ivi previste;
- dei principi di comportamento previsti dal Codice di Condotta;
- del Sistema disciplinare;
- delle linee guida e dei principi di controllo contenuti nelle procedure operative interne e degli standard di comportamento;
- dei poteri e compiti dell'Organismo di Vigilanza;
- del sistema di reporting interno riguardante l'Organismo di Vigilanza

Il piano di formazione prevede:

- l'obbligatorietà della partecipazione ai programmi di formazione;
- controlli sulla frequenza;
- controlli di qualità sul contenuto dei programmi di formazione.

Sono inoltre previsti, per ogni momento formativo, test mirati per certificare l'avvenuto apprendimento dei discenti.

In caso di modifiche e/o aggiornamenti rilevanti del Modello saranno organizzati dei moduli di approfondimento mirati alla conoscenza delle variazioni intervenute.

Verranno, in ultimo, organizzati specifici moduli per i neoassunti destinati ad operare nelle aree a rischio.

Il controllo sulla qualità dei contenuti dei programmi di formazione e sulla frequenza obbligatoria agli stessi spetta al Responsabile della Formazione.

16. COMUNICAZIONE DEL MODELLO

In linea con quanto disposto dal D.Lgs 231/2001 e dalle Linee Guida di Confindustria, la Società dà piena pubblicità al presente Modello, al fine di assicurare che tutto il personale sia a conoscenza di ogni suo elemento.

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

Confindustria. A tale fine il Direttore dell'Istituto, di intesa con l'OdV, potrà stabilire di limitare la comunicazione del Modello a quelle parti o sezioni di interesse specifico delle diverse categorie o settori dei destinatari.

Destinatari della comunicazione saranno:

- tutti i dipendenti (impiegati e dirigenti) a partire dall'approvazione;
- i nuovi dipendenti al momento dell'assunzione;
- i collaboratori, sebbene non dipendenti a tempo indeterminato, al momento della stipula del contratto.

Il piano effettivo di comunicazione relativo al presente Modello è stato sviluppato per tutto il Personale (impiegati, quadri e dirigenti), tramite i mezzi di comunicazione aziendale, quali:

- **Lettera informativa a firma del Direttore dell'Istituto** a tutto il personale, da distribuirsi attraverso la posta elettronica, con cui si presenta il Modello ISMETT, con specifico riferimento alle sue finalità ed alla collocazione sulla intranet aziendale, al fine di consentire ad ogni dipendente una facile ed immediata consultazione di esso.
- Attivazione di un servizio **Help Line** (linea diretta) per comunicare direttamente con l'OdV.
- **Organizzazione di eventi** al fine di pubblicizzare l'adozione del Modello, la figura dell'OdV, il Codice di Condotta 231 ecc.

17. LA DIFFUSIONE

L'avvenuta adozione del presente Modello e del relativo Codice di Condotta, è stata resa nota sul sito internet della Società, all'indirizzo www.ismett.edu.

La Società, inoltre, ha inserito clausole di presa visione del Codice di Condotta da parte di clienti, fornitori e partner che stipuleranno contratti con la stessa Società.

Tutte le modifiche e gli aggiornamenti del Codice di Condotta o eventuali integrazioni con protocolli comportamentali saranno oggetto di idonea diffusione.