

# ***MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS.231/2001***

DOCUMENTO UNICO, formato da:

- PARTE A - "Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo rev.9 ex D.Lgs. 231/2001" di 121 pagine;
- PARTE B - "Codice Etico e Comportamentale" rev.0 di 26 pagine

per complessive 147 pagine.

***L'approvazione formale del documento da parte del CdA ne garantisce la data certa.***

Data: 6 Dicembre 2024

# SOMMARIO

<b>1. PARTE GENERALE: MODELLO</b>	<b>4</b>
1.1 BREVE PREMESSA	4
1.2 SCOPO	4
1.3 CAMPO DI APPLICAZIONE	4
1.4 ESIGENZE COGENTI	4
1.5 FINALITÀ SOTTOSTANTI ALL'ADOZIONE DEL MODELLO	4
1.6 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E LINEE GUIDA VIGENTI	5
1.7 PROCESSO DI PREVENZIONE ILLECITI	5
1.7.1 PROCESSI SENSIBILI	6
1.7.1.1 FIGURE COINVOLTE E ORGANIGRAMMA	6
1.7.1.2 SISTEMA DI BARRIERE VOLTE AD INTERCETTARE I TENTATIVI DI ILLECITO NEI PROCESSI SENSIBILI	9
1.7.2 ANALISI DEI RISCHI	9
1.7.3 RISCHIO ACCETTABILE	9
1.7.4 ELEMENTI QUALIFICANTI PER LA SICUREZZA DEL SISTEMA DI CONTROLLI E GUIDA PER L'ADEGUAMENTO DEL SISTEMA	10
1.7.4.1 NEI PROCESSI	10
1.7.4.2 NEL SISTEMA DI DELEGHE	10
1.7.5 ANALISI DEL SISTEMA DI CONTROLLI ESISTENTE E IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI RESIDUI	10
1.7.6 STRUMENTO DI LAVORO	10
1.7.7 MISURE PREVENTIVE ULTERIORI	10
1.7.8 VALIDAZIONE	10
1.8 CODICE ETICO E COMPORTAMENTALE	10
1.8.1 DESTINATARI	10
1.9 APPARATO SANZIONATORIO	11
1.9.1 LE VIOLAZIONI	11
1.9.2 PERSONALE DIPENDENTE (AMMINISTRATIVO E SANITARIO)	11
1.9.2.1 RICHIAMO VERBALE	11
1.9.2.2 RICHIAMO SCRITTO	11
1.9.2.3 MULTA	11
1.9.2.4 SOSPENSIONE DAL LAVORO E DALLA RETRIBUZIONE O DAI COMPENSI	11
1.9.2.5 LICENZIAMENTO O RISOLUZIONE DEL RAPPORTO CONTRATTUALE	11
1.9.3 PERSONALE IN RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE	11
1.9.4 COLLABORATORI NON IN ORGANICO E FORNITORI	12
1.9.5 DIRIGENTI E AMMINISTRATORI	12
1.9.5.1 AMMONIZIONE SCRITTA	12
1.9.5.2 SOSPENSIONE TEMPORANEA DAGLI EMOLUMENTI	12
1.9.5.3 REVOCA DELLA DELEGA O DELLA CARICA E SOSPENSIONE TEMPORANEA DAGLI EMOLUMENTI	12
1.10 CONTROLLO: ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)	12
1.10.1 NOMINA	12
1.10.2 OBBLIGHI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	13
1.10.3 RIUNIONI E DELIBERAZIONI	13
1.10.4 COMPITI	13
1.10.5 FLUSSI INFORMATIVI	13
1.10.6 DEBITO INFORMATIVO	14
1.11 ORGANIZZAZIONE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DEL MODELLO	15
1.12 APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO	15
1.13 REVISIONE DEL DOCUMENTO	15
<b>2. PARTE SPECIALE: MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE</b>	<b>16</b>

<b>2.1</b>	<b>Processo sensibile 1a: RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. CLINICA</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Processo sensibile 1b: RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. RSA</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>Processo sensibile 2a: CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA</b>	<b>26</b>
<b>2.4</b>	<b>Processo sensibile 2b.SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA FLUSSI. CLINICA.</b>	<b>34</b>
<b>2.5</b>	<b>Processo sensibile 2c. SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA.</b>	<b>38</b>
<b>2.6</b>	<b>Processo sensibile 3a: FATTURAZIONE. CLINICA</b>	<b>43</b>
<b>2.7</b>	<b>Processo sensibile 3b: CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA45</b>	
<b>2.8</b>	<b>Processo sensibile 4a: GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA</b>	<b>49</b>
<b>2.9</b>	<b>Processo sensibile 4b: GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA</b>	<b>54</b>
<b>2.10</b>	<b>Processo sensibile 4c: GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA</b>	<b>58</b>
<b>2.11</b>	<b>Processo sensibile 5: SELEZIONE DEL PERSONALE. CLINICA</b>	<b>62</b>
<b>2.12</b>	<b>Processo sensibile 6: ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE</b>	<b>65</b>
<b>2.13</b>	<b>Processo sensibile 7: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>	<b>69</b>
<b>2.14</b>	<b>Processo sensibile 8: PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA</b>	<b>76</b>
<b>2.15</b>	<b>Processo sensibile 9: TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>	<b>80</b>
<b>2.16</b>	<b>Processo sensibile 10: PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA</b>	<b>87</b>
<b>2.17</b>	<b>Processo sensibile 11: PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA</b>	<b>94</b>
<b>2.18</b>	<b>Processo sensibile 12: PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO</b>	<b>102</b>
<b>2.19</b>	<b>Processo sensibile 13: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>	<b>108</b>
<b>2.20</b>	<b>Processo sensibile 14: SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>	<b>113</b>
<b>3.</b>	<b>COMUNICAZIONI</b>	<b>120</b>
<b>3.1.</b>	<b>Disposizioni in tema di whistleblowing</b>	<b>120</b>
<b>3.3</b>	<b>Modalità della segnalazione</b>	<b>121</b>
<b>3.4</b>	<b>Forme di tutela del Whistleblowing e misure sanzionatorie</b>	<b>121</b>
<b>3.5</b>	<b>Raccolta e conservazione della documentazione</b>	<b>121</b>

## **1. PARTE GENERALE: MODELLO**

### **1.1 BREVE PREMESSA**

Il D.Lgs. 231/2001 ha introdotto nel nostro ordinamento la responsabilità “amministrativa” delle società conseguente alla commissione di alcuni reati indicati dal legislatore nel caso in cui questi siano commessi nell’interesse o a vantaggio della società stessa da parte di soggetti che rivestono funzioni di direzione – amministrazione – gestione – controllo – rappresentanza della medesima oppure da parte di persone sottoposte alla vigilanza di quei soggetti.

La società non ha responsabilità se dimostra di avere “adottato ed efficacemente attuato prima della commissione del fatto” un Modello Organizzativo e Gestionale idoneo a prevenire reati della fattispecie di quelli eventualmente verificatisi.

Il Modello Organizzativo e Gestionale è l’insieme dei principi, degli obiettivi, dei processi, dell’organizzazione e delle misure finalizzati alla prevenzione degli illeciti ed è descritto in questo documento.

### **1.2 SCOPO**

Descrivere il modello organizzativo adottato per prevenire il rischio di commissione illeciti nell’interesse ed a vantaggio dell’Azienda.

### **1.3 CAMPO DI APPLICAZIONE**

I processi sensibili identificati al capitolo 1.7.1.

### **1.4 ESIGENZE COGENTI**

Rispondere all’esigenza sempre più evidente di prevenire, ridurre e/o eliminare i rischi di commissione illeciti è diventato una *must*, in particolare per le Organizzazioni che operano nel Settore Sanitario ed a maggior ragione per le Strutture Sanitarie Accreditate che, come la Clinica, sono nella condizione di poter erogare prestazioni sanitarie in nome/per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale. L’esigenza, stabilita dal D.Lgs. 231/2001, è ulteriormente rafforzata dal fatto che Regione Lombardia con Delibera di Giunta n. IX/3856 del 25.7.2012 introduce nuovi requisiti per l’accreditamento delle strutture di ricovero e cura nonché in tema di requisiti per la sottoscrizione dei contratti da parte di soggetti privati diversi dalle strutture di ricovero e cura. Infatti, a far data dal 2013, è necessario, ai fini dell’accreditamento delle strutture di ricovero e cura di cui alla DGR 9014/2009, che quest’ultime siano dotate sia del Codice Etico che di un Modello Organizzativo ai sensi del D. Lgs. 231/200, idoneo alla prevenzione dei reati ivi contemplati nonché di un Organismo di Vigilanza deputato alla verifica della corretta applicazione del Modello. Si prevede inoltre l’obbligo in capo a tali soggetti di inviare, entro il mese di Febbraio di ciascun anno, un estratto della relazione dell’Organismo di Vigilanza, relazione che sarà soggetta al controllo delle ATS, le quali dovranno verificare che da tale relazione “risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, l’efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l’assenza/evidenza di criticità”. Tra i nuovi obblighi anche quelli relativi all’invio della relazione sull’ultimo bilancio approvato e all’acquisizione della certificazione antimafia.

### **1.5 FINALITÀ SOTTOSTANTI ALL’ADOZIONE DEL MODELLO**

La Clinica ha avviato un programma di analisi dei propri strumenti organizzativi di gestione e controllo, volto ad evidenziare l’adeguatezza dei processi aziendali in essere (*As Is*) alle richieste del Decreto ed a migliorare l’efficacia di quei processi (*To Be*).

In particolare le aspettative derivanti dall’adozione del modello sono:

- migliorare la consapevolezza di poter incorrere nella commissione di illeciti, passibili di sanzioni disciplinari, in tutti coloro che operano in nome e per conto della Clinica nelle aree di attività a rischio reato;
- consentire alla Società di correggere e/o prevenire comportamenti illeciti, grazie ad un’azione di

autocontrollo interno;

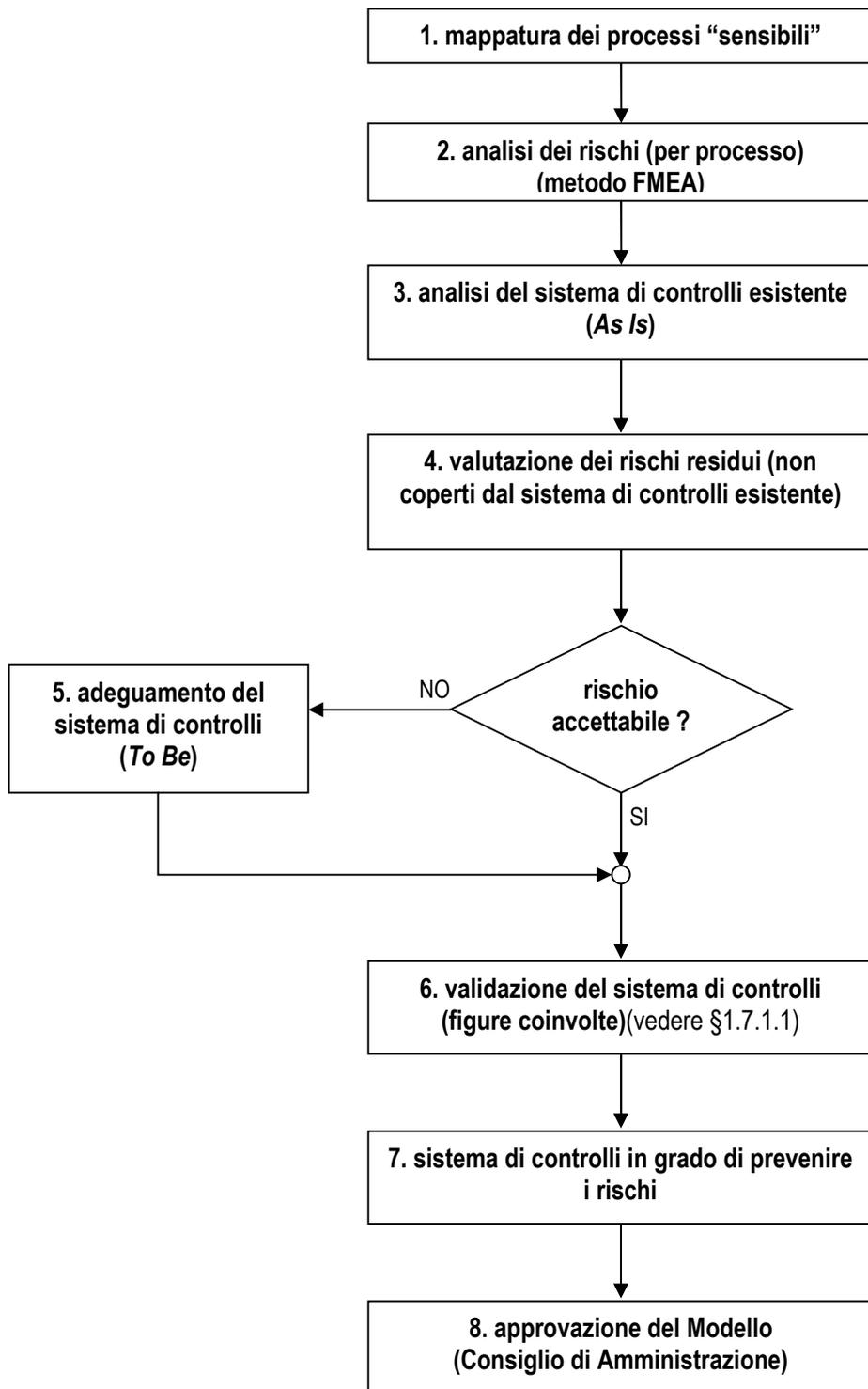
- focalizzare i rischi emergenti, le attività di autocontrollo e le misure preventive.

## 1.6 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E LINEE GUIDA VIGENTI

I contenuti del documento sono stati realizzati traendo spunto dalle indicazioni dei seguenti dispositivi:

- *Linee Guida* per l'adozione del modello organizzativo e gestionale A.I.O.P. – La responsabilità amministrativa delle Istituzioni sanitarie aderenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata, Roma, Settembre 2004, con aggiornamento del Settembre 2014.
- *Linee Guida* per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs.231/2001, Confindustria, 31 Marzo 2008, con aggiornamento del Marzo 2014.

## 1.7 PROCESSO DI PREVENZIONE ILLECITI



## 1.7.1 PROCESSI SENSIBILI

Si ipotizzano i seguenti processi potenzialmente a maggior rischio:

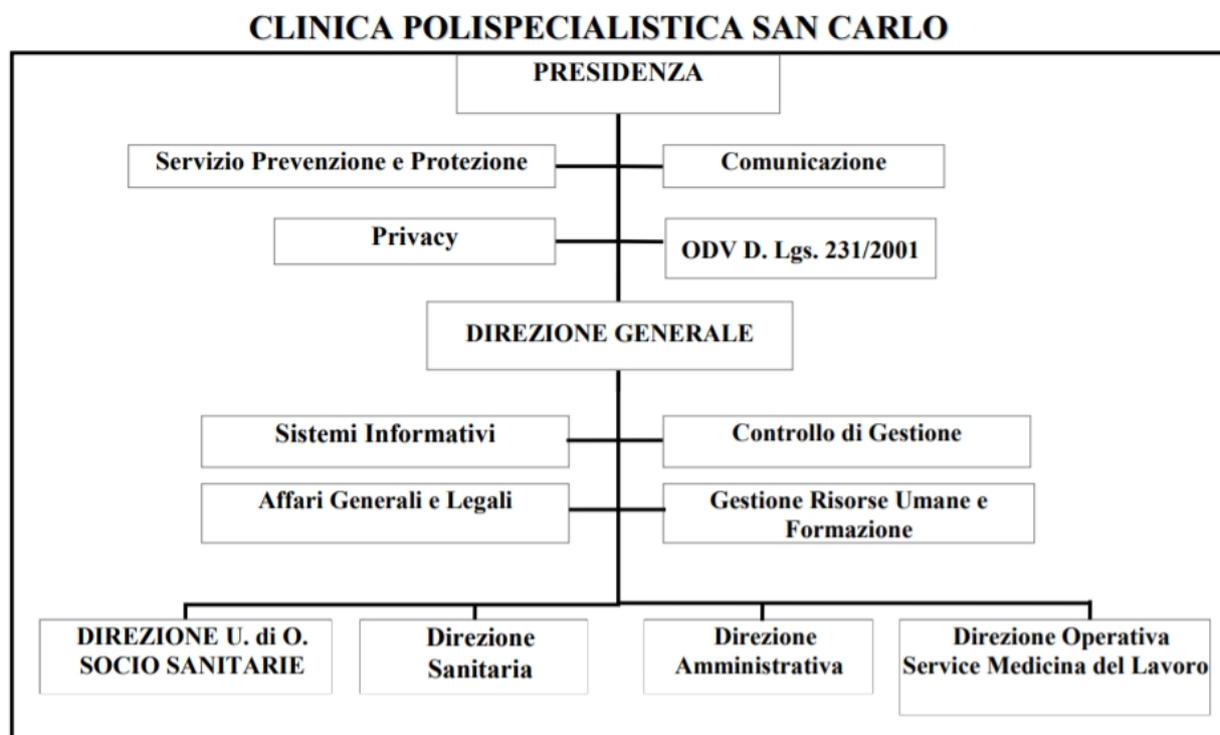
1. rapporti con la Pubblica Amministrazione;
2. codifica prestazioni e invio flussi;
3. fatturazione;
4. gestione delle liste di attesa (trasparenza nella);
5. selezione ed assunzione di personale ed affido di incarichi di consulenza;
6. gestione dei contratti di collaborazione con i professionisti sanitari ed erogazione di incentivi e benefits;
7. acquisto di beni e servizi ed investimenti (progetti di);
8. protezione della riservatezza delle informazioni dei pazienti ed aziendali;
9. tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
10. prevenzione reati ambientali;
11. prevenzione reati societari;
12. prevenzione reato di auto-riciclaggio;
13. servizio di assistenza domiciliare integrata / cure domiciliari (ADI).
14. attività commerciale nell'ambito della Medicina del Lavoro

L'esigenza di estendere il campo di applicazione del modello ad ulteriori processi sensibili determina una revisione formale del documento (si veda cap.1.13).

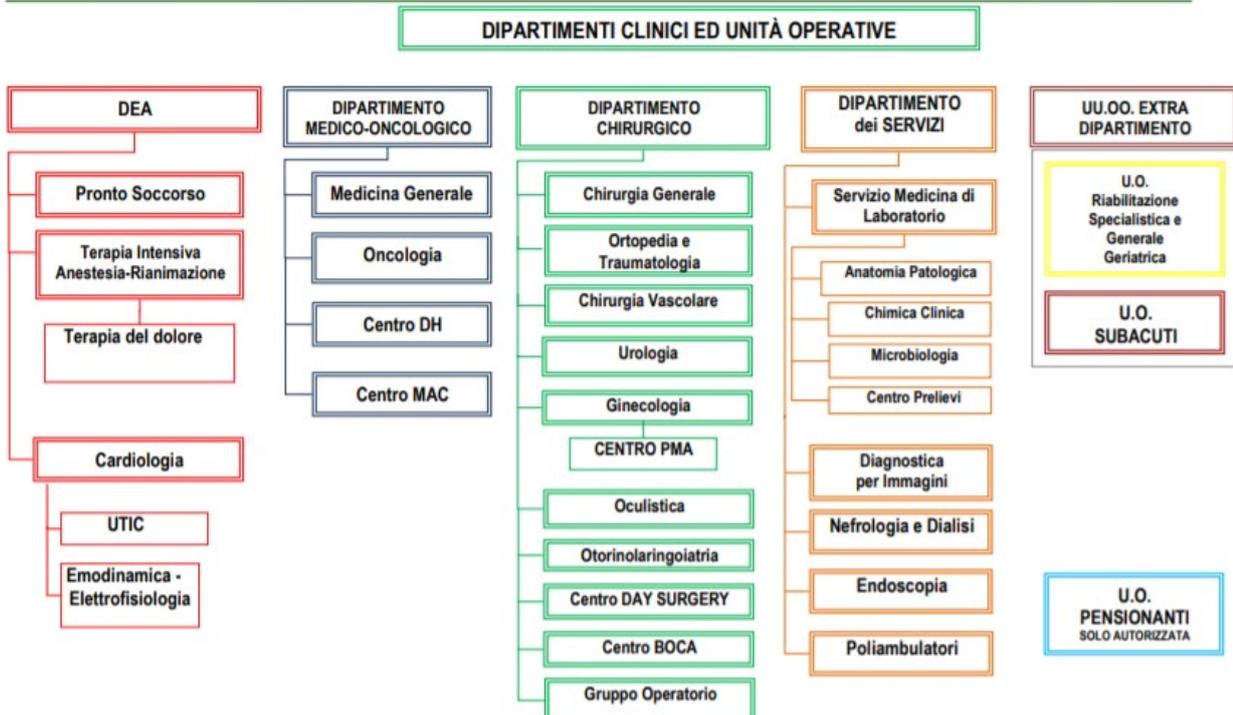
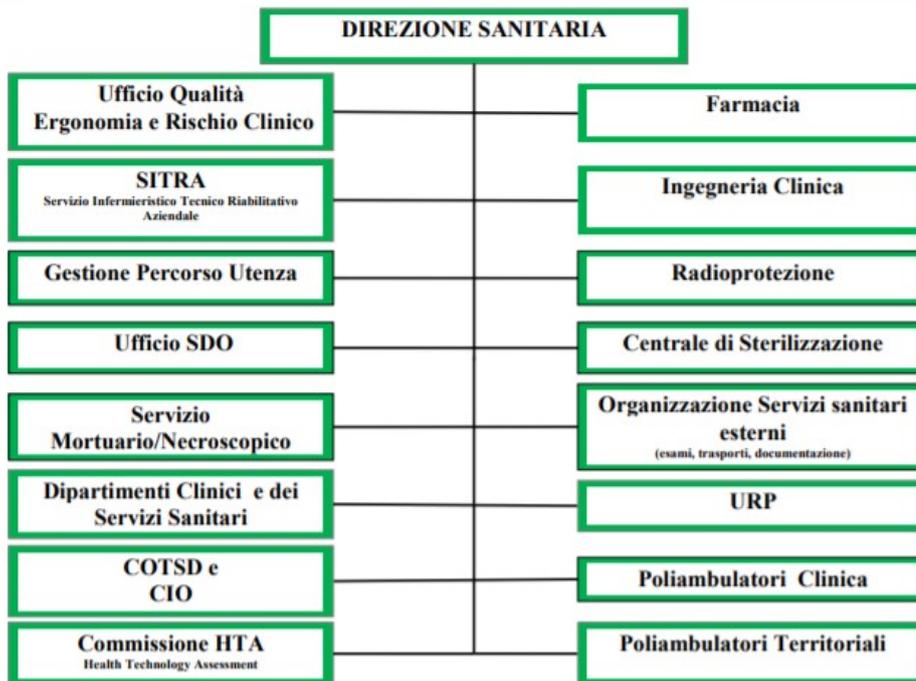
### 1.7.1.1 FIGURE COINVOLTE E ORGANIGRAMMA



CLINICA POLISPECIALISTICA SAN CARLO s.r.l.  
20037 Paderno Dugnano (MI)- Via Ospedale, 21  
Tel. 02990381 (r.a.) - Fax 0299038496  
e-mail: [hesc@clincasancarlo.it](mailto:hesc@clincasancarlo.it) - [www.clinicasancarlo.it](http://www.clinicasancarlo.it)







L'esame dello statuto societario e dell'organigramma ha consentito di identificare le persone, aventi un ruolo nell'organizzazione, che esercitano funzioni di gestione e controllo:

- Presidente del CDA
- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Unità d'Offerta Socio-sanitarie
- Direttore Operativo Service Medicina del Lavoro
- Responsabili Medici di Unità Operative e di Servizi
- Responsabile Sistemi Informativi
- Responsabile Farmacia
- Responsabile Gestione Percorso Utenza
- Responsabile Gestione Risorse Umane e Formazione
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
- Responsabile Ufficio Affari Generali e Legali
- Responsabile SITRA ospedaliero
- Responsabile SITRA socio-sanitario
- Responsabile Ufficio Contabilità
- Responsabile Controllo di Gestione
- Responsabile Ufficio Acquisti
- Responsabile Ufficio Tecnico.

#### 1.7.1.2 SISTEMA DI BARRIERE VOLTE AD INTERCETTARE I TENTATIVI DI ILLECITO NEI PROCESSI SENSIBILI

I Documenti di Valutazione del Rischio predisposti per ogni processo sensibile, forniti a completamento del Modello, evidenziano il sistema dei controlli interni pianificati.

#### 1.7.2 ANALISI DEI RISCHI

L'analisi dei rischi è condotta, utilizzando il metodo FMEA (Failure Modes and Effects Analysis), con l'organizzazione preliminare di incontri mirati, con le figure coinvolte, finalizzati alla formazione specifica sul modello.

Il metodo genera per ogni *item* analizzato un Indice di Priorità del Rischio IPR, ottenuto dal prodotto di gravità (G), probabilità (P) e rilevabilità/capacità di intercettazione (R) del reato, e può variare da un valore minimo di 1 ad un massimo di 1000.

L'Indice che emerge, per ciascun possibile reato, determina la scelta delle priorità d'azione per ciascun processo sensibile.

#### 1.7.3 RISCHIO ACCETTABILE

Il livello di rischio accettabile è posizionato al valore  $IPR \leq 100$  corrispondente a moderata probabilità di accadimento ( $P=4$ ) e bassa difficoltà di intercettazione ( $R=2\div 3$ ) di un evento grave ( $G=10$ ).

Graduazione del rischio:

$IPR < 100$  significa RISCHIO BASSO.

$101 \leq IPR < 400$  significa RISCHIO MEDIO-BASSO.

$401 \leq IPR < 700$  significa RISCHIO MEDIO-ALTO.

$701 \leq IPR < 1000$  significa RISCHIO ALTO.

## **1.7.4 ELEMENTI QUALIFICANTI PER LA SICUREZZA DEL SISTEMA DI CONTROLLI E GUIDA PER L'ADEGUAMENTO DEL SISTEMA**

### **1.7.4.1 NEI PROCESSI**

- Proceduralizzazione dei processi sensibili;
- previsione di adeguati livelli autorizzativi funzionali alle competenze;
- tracciabilità degli atti, delle decisioni e delle transazioni;
- disponibilità dei dati di fatto che hanno determinato le decisioni;
- esistenza di programmi di controllo interno e delle registrazioni attestanti i controlli effettuati;
- esistenza di sistemi di protezione dei dati e dei beni aziendali da accessi non autorizzati.

### **1.7.4.2 NEL SISTEMA DI DELEGHE**

- Esistenza di una delega intitolata ad ogni soggetto al quale la Società abbia deciso di affidare specifiche attività e/o la rappresentanza con enti esterni (es. radioprotezione, controlli NOC,...);
- adeguatezza della delega, in termini di definizione e limitazioni delle attività affidate;
- corso di validità delle deleghe.

## **1.7.5 ANALISI DEL SISTEMA DI CONTROLLI ESISTENTE E IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI RESIDUI**

In linea generale si considera che siano presenti rischi residui nei modi di comportamento, che evidenziano un IPR uguale o superiore al rischio accettabile.

## **1.7.6 STRUMENTO DI LAVORO**

Modulo “D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI” in cui sono evidenziati:

- i modi ipotizzati di commissione dell'illecito;
- gli effetti derivanti dalla commissione dell'illecito;
- le misure preventive già in atto;
- la gravità dell'evento;
- la probabilità di accadimento;
- la capacità di intercettazione dell'evento;
- l'indice di priorità del rischio (IPR).

## **1.7.7 MISURE PREVENTIVE ULTERIORI**

Sono evidenziate nell'apposita colonna del modulo “D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI”.

## **1.7.8 VALIDAZIONE**

Permette di ottenere la condivisione dell'analisi dei rischi dei processi sensibili da parte delle figure coinvolte, oltre che la conferma della pertinenza delle misure preventive ulteriori, eventualmente identificate.

## **1.8 CODICE ETICO E COMPORTAMENTALE**

Approvato dal Consiglio di Amministrazione (CdA), il Codice Etico e Comportamentale é la base dei principi etici ai quali ogni destinatario dovrà ispirarsi, ed include istruzioni finalizzate a raccomandare, promuovere o vietare determinati comportamenti. L'impianto sanzionatorio descritto al cap.1.9 prevede sanzioni proporzionate alla gravità delle infrazioni commesse.

### **1.8.1 DESTINATARI**

Sono gli amministratori, i sindaci, i dirigenti e tutti gli altri dipendenti nonché tutti coloro che, pur esterni all'Organizzazione, operino direttamente o indirettamente per la medesima (collaboratori a qualsiasi titolo, consulenti, fornitori, *partners*).

I destinatari sono tenuti ad osservare e, per quanto previsto dalle specifiche attribuzioni, a far osservare i principi dei Codici Etico e Comportamentale.

## **1.9 APPARATO SANZIONATORIO**

Il Modello include un sistema sanzionatorio per la violazione delle norme del Codice Etico e Comportamentale nonché delle altre procedure previste. Simili violazioni ledono infatti il rapporto di fiducia instaurato con la Direzione e devono di conseguenza comportare azioni disciplinari, a prescindere dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale nei casi in cui il comportamento costituisca reato.

### **1.9.1 LE VIOLAZIONI**

- Mancato rispetto dei principi previsti dal Codice Etico e delle disposizioni del Codice Comportamentale;
- mancata o non veritiera evidenza dell'attività svolta relativamente alle modalità di documentazione, di conservazione e controllo degli atti previsti dalle misure di prevenzione dei rischi nei processi sensibili;
- omessa vigilanza da parte dei superiori nei confronti del comportamento dei sottoposti;
- violazione degli obblighi di informazione dell'Organismo di Vigilanza;
- violazione e/o elusione del sistema di controllo mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione prevista oppure impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni da parte dei soggetti preposti.

Ai fini dell'applicazione delle sanzioni la gravità degli illeciti sarà valutata dal Consiglio di Amministrazione, sentito il parere dell'Organismo di Vigilanza.

### **1.9.2 PERSONALE DIPENDENTE (AMMINISTRATIVO E SANITARIO)**

#### **1.9.2.1 RICHIAMO VERBALE**

La sanzione del richiamo verbale dovrà essere comminata nel caso di violazione colposa del Codice Etico e Comportamentale e/o delle procedure previste dal Modello.

#### **1.9.2.2 RICHIAMO SCRITTO**

La sanzione del richiamo scritto dovrà essere comminata nei casi di recidiva dell'ipotesi precedente.

#### **1.9.2.3 MULTA**

La sanzione della multa dovrà essere applicata nei casi in cui, per il livello di responsabilità gerarchico o tecnico del soggetto responsabile della violazione o per altre circostanze, il comportamento colposo riguardi la violazione di una procedura che possa compromettere l'efficacia generale del Modello a prevenire gli specifici rischi di reato.

#### **1.9.2.4 SOSPENSIONE DAL LAVORO E DALLA RETRIBUZIONE O DAI COMPENSI**

La sanzione della sospensione dal lavoro e dalla retribuzione dovrà essere comminata nei casi di violazioni dolose del Modello, nonché nei casi di recidiva nella commissione di infrazioni da cui sia derivata l'applicazione della multa.

#### **1.9.2.5 LICENZIAMENTO O RISOLUZIONE DEL RAPPORTO CONTRATTUALE**

La sanzione del licenziamento dovrà essere comminata per le violazioni dolose del Modello che integrino i reati prefigurati, e per altre violazioni così gravi da far venir meno il rapporto fiduciario con la società e non consentire pertanto la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

### **1.9.3 PERSONALE IN RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE**

La violazione del Modello potrà comportare la risoluzione del rapporto: nel contratto individuale è espressamente convenuto che lo stesso si risolva di diritto in caso di inadempimento costituito dall'inosservanza del Modello Organizzativo e Codice Etico (Clausola Risolutiva Espressa, art. 1456 C.C.).

#### **1.9.4 COLLABORATORI NON IN ORGANICO E FORNITORI**

La violazione delle procedure del Modello, attinenti l'oggetto dell'incarico o l'effettuazione della prestazione, comporta la risoluzione di diritto del rapporto: nel contratto è espressamente convenuto che lo stesso si risolva di diritto in caso di inadempimento costituito dall'inosservanza del Modello Organizzativo e Codice Etico (Clausola Risolutiva Espressa, art. 1456 C.C.).

Resta salva, in ogni caso, l'eventuale richiesta da parte della Società del risarcimento dei danni subiti.

#### **1.9.5 DIRIGENTI E AMMINISTRATORI**

##### **1.9.5.1 AMMONIZIONE SCRITTA**

La violazione colposa del Modello da parte dei soggetti apicali comporta l'ammonizione scritta.

##### **1.9.5.2 SOSPENSIONE TEMPORANEA DAGLI EMOLUMENTI**

La reiterata violazione colposa del Modello ad opera dei soggetti apicali comporta la sospensione degli emolumenti fino a 2 mesi.

##### **1.9.5.3 REVOCA DELLA DELEGA O DELLA CARICA E SOSPENSIONE TEMPORANEA DAGLI EMOLUMENTI**

La violazione dolosa del Modello, ad opera dei soggetti apicali, che non integri ipotesi di reato "presupposto" ai sensi del d. lgs. n. 231, comporta la revoca della delega o della carica di Presidente.

Nell'ipotesi in cui l'Amministratore sia privo di delega, o non rivesta altra carica, si applica la sospensione degli emolumenti da due a quattro mesi.

La violazione dolosa del Modello, ad opera dei soggetti apicali, che integri ipotesi di reato "presupposto" ai sensi del d. lgs. n. 231, comporta sempre la revoca della carica di Consigliere di Amministrazione.

Nel caso di seri e concordanti indizi sulla violazione del Modello da parte di soggetti apicali, gli obblighi di segnalazione dell'OdV sono regolati come di seguito:

- nel caso di trasgressioni da parte di un Consigliere, o comunque della minoranza dei componenti del Consiglio di Amministrazione, avviso senza ritardo al CdA affinché convochi immediatamente l'Assemblea dei Soci e comunicazione contestuale al Collegio Sindacale;
- nel caso di trasgressioni da parte dell'intero Cda, della sua maggioranza o dell'Amministratore Unico, avviso senza ritardo al Collegio Sindacale, il quale invita il Consiglio di Amministrazione o l'Amministratore Unico a convocare immediatamente l'Assemblea dei Soci e, in caso di inottemperanza, provvede ai sensi dell'art. 2406 c.c. (Omissioni degli Amministratori. — In caso di omissione o di ingiustificato ritardo da parte degli Amministratori, il Collegio Sindacale deve convocare l'Assemblea ed eseguire le pubblicazioni prescritte dalla legge. Il Collegio Sindacale può altresì, previa comunicazione al Presidente del Consiglio di Amministrazione, convocare l'Assemblea qualora nell'espletamento del suo incarico ravvisi fatti censurabili di rilevante gravità e vi sia urgente necessità di provvedere).

#### **1.10 CONTROLLO: ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)**

##### **1.10.1 NOMINA**

L'Organismo di Vigilanza è nominato dal Consiglio di Amministrazione ed è composto da tre soggetti esterni, caratterizzati dal possesso di documentata esperienza in materia giuridica, contabile-fiscale e sanitaria e con competenze specifiche nei processi aziendali tipici del settore.

La funzione di Presidente viene attribuita alla persona con maggiore competenza nella messa in atto dei sistemi di gestione aziendale in generale, e di prevenzione illeciti in particolare.

L'Organismo di Vigilanza è inquadrato in posizione verticistica, riportando direttamente al Consiglio di Amministrazione i risultati dell'attività, le eventuali criticità emerse e gli eventuali interventi correttivi e migliorativi.

### 1.10.2 OBBLIGHI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il Consiglio di Amministrazione della Società garantisce all'Organismo autonomia di iniziativa e libertà di controllo sulle attività della Clinica a rischio-reati, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello e consentire l'accertamento immediato delle violazioni.

Entro il 31 Gennaio di ogni anno dovrà essere erogato un fondo sufficiente allo svolgimento dei compiti che il d. lgs. n. 231/2001 e il presente Modello assegnano all'Organismo. Tale fondo sarà quantificato dal Consiglio di Amministrazione, sulla base di apposita relazione predisposta dall'Organismo.

I compensi dovuti ai componenti dell'Organismo saranno determinati dal Consiglio di Amministrazione ed erogati con la forma del gettone di presenza.

### 1.10.3 RIUNIONI E DELIBERAZIONI

L'Organismo si riunisce almeno due volte l'anno su convocazione del suo Presidente, con un preavviso di almeno quarantotto ore, salvo i casi di comprovata urgenza o di motivata richiesta del Consiglio di Amministrazione, o su richiesta degli altri due componenti. L'avviso di convocazione deve essere contestualmente trasmesso per conoscenza al Consiglio di Amministrazione della Società.

Il Coordinatore ha il compito di promuovere l'attività, presiedere le riunioni e rappresentare l'Organismo presso il Consiglio di Amministrazione e trasmettere annualmente ai soci e al Consiglio di Amministrazione una relazione sull'attività svolta dall'Organismo.

L'Organismo delibera a maggioranza dei suoi membri.

Di ogni operazione compiuta dall'Organismo deve comunque essere redatto apposito verbale complessivo sottoscritto da tutti i componenti.

I verbali e i relativi allegati devono essere inseriti nel libro dei verbali dell'Organismo, custodito a cura del suo Presidente.

### 1.10.4 COMPITI

L'Organismo di Vigilanza ha l'obbligo di:

- vigilare sull'effettiva applicazione del Modello, verificando la permanenza delle *misure preventive già in atto*, evidenziate nei Documenti di Valutazione del Rischio dei processi sensibili, e la messa in atto delle *misure preventive ulteriori*;
- valutare l'adeguatezza del Modello a ridurre i rischi di commissione dei reati;
- promuovere l'attività di aggiornamento del modello, da effettuarsi obbligatoriamente in caso di modifiche organizzative e di eventuali novità legislative.

### 1.10.5 FLUSSI INFORMATIVI

L'Organismo di Vigilanza è destinatario delle segnalazioni circa violazioni, realizzate o tentate, del presente Modello Organizzativo. A tal fine ha provveduto ad istituire specifici canali informativi diretti a facilitare il flusso di segnalazioni ed informazioni verso l'Organismo stesso, come oltre specificato.

A tutti coloro che operano nella struttura è assicurata piena libertà di informare l'Organismo di Vigilanza di ogni aspetto potenzialmente rilevante per la efficace attuazione del Modello.

L'Organismo assicura i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, garantendo altresì l'anonimato del segnalante e la riservatezza dei fatti dal medesimo segnalati.

Qualora l'Organismo, nelle forme previste ai punti precedenti, venga a conoscenza di elementi che possano far ritenere l'avvenuta violazione del Modello da parte dei sottoposti, deve immediatamente informarne il Consiglio di Amministrazione, affinché adotti le misure conseguenti.

Il Consiglio di Amministrazione e l'Assemblea dei Soci, nell'ambito delle rispettive competenze, delineate nel presente Modello, sono tenuti a comunicare all'Organismo di Vigilanza l'instaurazione e l'esito dei procedimenti disciplinari avviati a seguito della violazione del Modello.

In sintesi, i flussi informativi da e verso ODV sono rappresentati nella tabella seguente:

FLUSSO	EVIDENZA	STRUMENTO DI ACQUISIZIONE	DA	A	FREQUENZA
segnalazioni di violazioni	mail	casella di posta elettronica dedicata	segnalante	ODV	ogni evento effettivo o tentato

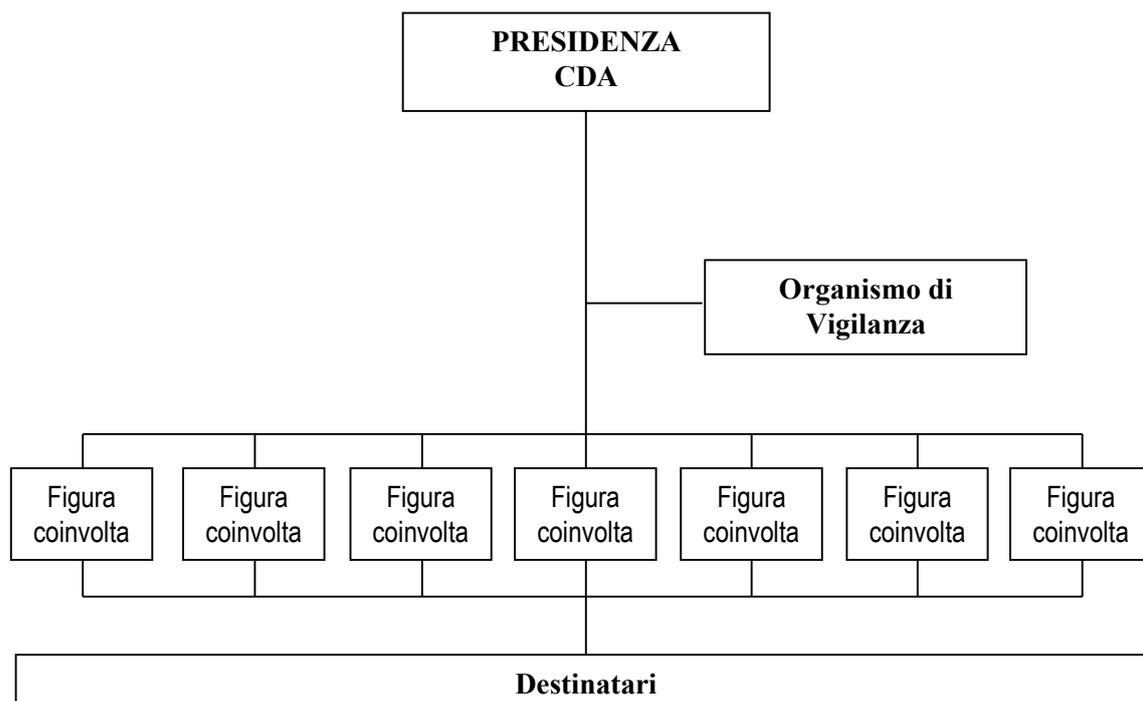
	supporto cartaceo	cassetta di raccolta dedicata			
valorizzazione indicatore P.I.MO. 6.12.1	grado di realizzazione delle prescrizioni ODV	rapporto indicatore annuale indicatore	Direzione Amministrativa	ODV	annuale
valorizzazione indicatore P.I.MO. 6.13.1	stato di aggiornamento del Codice Etico Comportamentale	rapporto indicatore annuale indicatore	Direzione Amministrativa	ODV	annuale
rendicontazione agli Organi Direttivi	grado di attuazione delle attività ODV pianificate	relazione	ODV	Presidente CdA	annuale
	raccomandazioni e prescrizioni emesse all'organizzazione	verbale di seduta	ODV	Presidente CdA	trimestrale

#### 1.10.6 DEBITO INFORMATIVO

L'Organismo di Vigilanza produce una relazione annuale sullo stato di attuazione del Modello Organizzativo che viene trasmessa in copia al CdA. La Clinica la trasmette all'ATS secondo le modalità previste dalla normativa vigente (es. DGR X/2569 del 31.10.2014 in riferimento all'applicazione nelle Unità d'Offerta Socio-sanitarie).

Di ogni attività svolta l'Organismo di Vigilanza è tenuto a conservare idonea documentazione.

## 1.11 ORGANIZZAZIONE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DEL MODELLO



## 1.12 APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO

L'iter di emissione del documento si esaurisce nella sua formale approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione, deputato a valutare se l'assetto organizzativo dedicato al funzionamento del modello risulti adeguato.

Il documento è notificato per *e-mail* a tutti gli operatori della Clinica contestualmente alla pubblicazione nel sistema *intranet* aziendale QWEB.

## 1.13 REVISIONE DEL DOCUMENTO

Il Modello è oggetto di revisione e modifica in occasione di mutamenti significativi dell'organizzazione, delle attività, della normativa cogente, ed a fronte dell'esigenza di estendere il campo di applicazione del modello ad ulteriori processi sensibili, rispetto a quelli identificati al capitolo 1.7.1. ed in caso di misure di miglioramento proposte dall'OdV. Ogni revisione viene sottoposta all'approvazione del Consiglio di Amministrazione e pubblicata e notificata in sostituzione della precedente.

## 2. PARTE SPECIALE: MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE

Le raccomandazioni generali di buon comportamento sono elencate nel Codice Etico e Comportamentale (si veda anche cap.1.8), mentre le misure specifiche sono direttamente indicate nel Documento di Valutazione dei Rischi di ciascun processo sensibile.

La sintesi della Valutazione del Rischio, suddivisa per processo sensibile, è la seguente:

### Legenda graduazione del rischio

IPR < 100 RISCHIO BASSO	101 ≤ IPR < 400 RISCHIO MEDIO-BASSO	401 ≤ IPR < 700 RISCHIO MEDIO-ALTO	701 ≤ IPR < 1000 RISCHIO ALTO
----------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

processo sensibile	modo di comportamento a rischio di reato	livello di rischio		misure specifiche di prevenzione nel DVR	
		IPR	grado	SI	NO
1a.RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI. CLINICA	PRODURRE DOCUMENTI FALSI ATTESTANTI L'ESISTENZA DI CONDIZIONI E REQUISITI ESSENZIALI; CORROMPERE L'ESPOSANTE DELL'ENTE (P.A.)	100	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
1b.RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI. RSA	PRODURRE DOCUMENTI FALSI ATTESTANTI L'ESISTENZA DI CONDIZIONI E REQUISITI ESSENZIALI; CORROMPERE L'ESPOSANTE DELL'ENTE (P.A.)	100	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
2a.CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PREFATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	50	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
2b.SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA FLUSSI. CLINICA.	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	60	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
2c.SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA.	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	80	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
3a.FATTURAZIONE. CLINICA	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	10	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
3b.CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	100	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input checked="" type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		
4a.GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA	INDURRE L'UTENTE AD UNA INGIUSTA DAZIONE DI DENARO	140	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input checked="" type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		
4b.GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA	INDURRE L'UTENTE AD UNA INGIUSTA DAZIONE DI DENARO	120	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input checked="" type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		
4c.GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA	INDURRE L'UTENTE AD UNA INGIUSTA DAZIONE DI DENARO	40	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		

processo sensibile	modo di comportamento a rischio di reato	livello di rischio		misure specifiche di prevenzione nel DVR	
		IPR	grado		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
5. SELEZIONE DEL PERSONALE	ASSUMERE SOGGETTI AVENTI RAPPORTI DIRETTI CON RAPPRESENTANTI DELLA P.A.	100	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input checked="" type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		
6 ASSUNZIONE DI PERSONALE, COLLABORAZIONE CON LIBERI PROFESSIONISTI, GESTIONE DEI CONTRATTI ED EROGAZIONE DI INCENTIVI	PROMETTERE INCENTIVI COMMISURATI AL FATTURATO	60	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
7.ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA	EMMISSIONE DI FATTURE PER FORNITURE INESISTENTI; ASSEGNARE INCARICO DI FORNITURA AD AZIENDE RISPETTO ALLE QUALI UN SOGGETTO AVENTE UN RUOLO DIRIGENZIALE PRESSO ENTE PUBBLICO HA INTERESSI ECONOMICI	60	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
8.PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI CLINICA E RSA	ALTERARE IL FUNZIONAMENTO DI UN SISTEMA INFORMATICO E/O TELEMATICO E/O DELLE INFORMAZIONI TRATTATE DAL SISTEMA INFORMATICO E/O TELEMATICO	80	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
9.TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA	VIOLARE LE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	100	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
10.PREVENZIONE REATI AMBIENTALI CLINICA E RSA	VIOLARE LE NORME SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI; PREDISPORRE CERTIFICATI DI ANALISI FALSI; VIOLARE LE NORME SUGLI SCARICHI DI ACQUE REFLUE INDUSTRIALI CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE; VIOLARE LE NORME SULLE EMISSIONI IN ATMOSFERA; VIOLARE LE NORME SULLE MISURE DI TUTELA DELL'OZONO	60	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
11. PREVENZIONE REATI SOCIETARI CLINICA E RSA	ESPORRE FATTI MATERIALI NON RISPONDENTI AL VERO O OMETTERE FATTI NEI BILANCI, NELLE RELAZIONI SULLA GESTIONE E NELLE COMUNICAZIONI SOCIALI; SOPRAVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; SOTTOVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; OCCULTARE O ALTERARE LA DOCUMENTAZIONE UTILE A RAPPRESENTARE I PROCESSI AZIENDALI INTERESSATI DALL'APPLICAZIONE DI UNA SPECIFICA NORMATIVA	100	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input type="checkbox"/> medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/> basso		
12. PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO	PAGAMENTO AGLI AMMINISTRATORI DI EMOLUMENTI NON DELIBERATI OVVERO DELIBERATI, MA IN MISURA SPROPORZIONATA ALL'ATTIVITÀ; PAGAMENTI AI PARENTI DEGLI AMMINISTRATORI PER NON MEGLIO PRECISATE ATTIVITÀ DI CONSULENZA; PAGAMENTO DI COMPENSI AGLI AMMINISTRATORI A TITOLO DI CONSULENZA; PAGAMENTO DI CONSULENZE A SOCIETÀ CHE SI TROVANO IN PAESI BLACK LIST O OFF-SHORE; MOVIMENTAZIONE ECCESSIVA DEL CONTO DI CASSA SENZA UNA DESCRIZIONE ANALITICA DELLE OPERAZIONI COMPIUTE NEL MASTRINO DI CASSA O NEL	150	<input type="checkbox"/> alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> medio/alto		
			<input checked="" type="checkbox"/> medio/basso		
			<input type="checkbox"/> basso		

processo sensibile	modo di comportamento a rischio di reato	livello di rischio		misure specifiche di prevenzione nel DVR		
		IPR	grado			
	LIBRO GIORNALE; SPONSORIZZAZIONI O DONAZIONI PER IMPORTI SENSIBILI A FONDAZIONI O ONLUS NON MEGLIO INDIVIDUATE; FREQUENTI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO A LUNGO TERMINE IN STRUMENTI FINANZIARI IMMEDIATAMENTE SEGUITE DALLA RICHIESTA DI LIQUIDARE LA POSIZIONE E DI TRASFERIRE I RELATIVI PROVENTI.					
<b>13. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>	I MODI GIÀ IDENTIFICATI NEI DOCUMENTI DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DEI PROCESSI SENSIBILI 1A,3B,4C,5A,6A,7,8,9,10,11	<b>100</b>	<input type="checkbox"/>	alto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/>	medio/alto		
			<input type="checkbox"/>	medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/>	basso		
<b>14. SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO</b>	I MODI GIÀ IDENTIFICATI NEI DOCUMENTI DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DEI PROCESSI SENSIBILI 1A,3B,4C,5A,6A,7,8,9,10,11	<b>100</b>	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/>	medio/alto		
			<input type="checkbox"/>	medio/basso		
			<input checked="" type="checkbox"/>	basso		

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>1a</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	---

## **2.1 Processo sensibile 1a: RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI. CLINICA**

### **DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO**

**Attività 1-selezione dei requisiti:** i requisiti di Autorizzazione all'Esercizio o di Accreditamento Istituzionale o di Accreditamento di Eccellenza (ex JCI) sono proposti dal programma regionale Quantum sulla base delle Delibere di Giunta Regionale in vigore (*es.DGR 38133/1998 e s.m.i. per l'Autorizzazione e l'Accreditamento Istituzionale*) oppure selezionati per area di competenza (Direzione competente, Unità Operativa, Servizio, Ufficio *per gli ulteriori standard di Accreditamento di Eccellenza*) ed elencati in una o più liste di verifica. Gli elenchi di standard così ottenuti sono messi a disposizione dei Dirigenti / dei Responsabili delle aree di competenza affinché provvedano all'autovalutazione.

**Preparazione** = Medico di Direzione Sanitaria.

**Controllo** = Direttore Sanitario, *Direzione Generale*.

**Attività 2-autovalutazione di prima istanza:** i Dirigenti / i Responsabili delle aree di competenza si confrontano con i propri collaboratori e valutano in che misura sono posseduti i requisiti loro assegnati, attribuiscono ad ogni requisito il punteggio ottenuto indicandolo sulla lista di verifica. Quindi rendono alla Direzione Sanitaria, *alla Direzione Generale le liste di verifica complete* dell'autovalutazione.

**Preparazione**=Dirigenti Amministrativi, Dirigenti Clinici, Ufficio Tecnico, RSPP, *QER*.

**Attività 3-assemblaggio delle autovalutazioni e revisione:** l'Ufficio di Direzione Sanitaria assembla le liste di verifica dopo averne risolto eventuali incongruenze e sottopone il risultato alla verifica del Direttore Sanitario, *del Direttore Generale*. Quindi registra le risposte ufficiali per ogni requisito e raccoglie e cataloga la documentazione comprovante il possesso dei requisiti. Si compone così il fascicolo necessario a produrre l'istanza definitiva da inviare all'*U.O.C. Accreditamento Contratti e Controllo Strutture Sanitarie dell'ATS*.

**Preparazione** = Medico di Direzione Sanitaria.

**Controllo** = Direttore Sanitario, *Direzione Generale*.

**Attività 4-approvazione dell'istanza (di Autorizzazione / di Accreditamento):** l'Ufficio di Direzione Sanitaria prepara l'istanza<sup>Nota1</sup> e la sottopone all'approvazione del Legale Rappresentante. L'istanza viene trasmessa all' *U.O.C. Accreditamento Contratti e Controllo Strutture Sanitarie dell'ATS* per raccomandata A/R, a mani o PEC.

Nota1: l'istanza viene preparata utilizzando il Software Regionale ASAN. Si inserisce la Struttura Organizzativo-Funzionale, e si devono compilare tutti i campi relativi ai requisiti strutturali ed organizzativi richiesti, e alla fine si stampa l'Istanza da sottoporre al Legale Rappresentante corredata da tutti i documenti richiesti come allegati.

**Preparazione**=Direzione Sanitaria: Impiegata competente.

**Controllo**= Legale Rappresentante.

**Attività 5-visita di verifica in campo:** il Team di Valutazione dell'ATS competente per territorio effettua un sopralluogo ad hoc sia sul campo (requisiti strutturali) che documentale (requisiti organizzativi). Al termine del sopralluogo può richiedere precisazioni o ulteriore documentazione a completamento delle evidenze. L'Ufficio di Direzione Sanitaria, con il contributo del Dirigente medico coinvolto, prepara la documentazione mancante e/o carente e la sottopone al controllo del Direttore Sanitario, *del Direttore Generale* quindi all'approvazione del Legale Rappresentante prima dell'invio *all'ATS*. Quest'ultimo invia alla Regione la delibera dell'ATS per la "presa d'Atto" da parte della Regione e l'aggiornamento del Registro Regionale delle Strutture Accreditate (L.R. 33/09 Testo Unico e L.R. 8/07).

**Preparazione**=Team di Valutazione ATS. **Controllo**= *U.O.C. Accreditamento Contratti e Controllo Strutture Sanitarie dell'ATS*.

**Approvazione**= *Direzione Generale ATS*.

Nota2: in questa attività la Direzione Sanitaria mette a disposizione uno o più persone competenti nei processi di autorizzazione ed accreditamento affinché vigilino sull'operato dei valutatori esterni fornendo loro supporto logistico ed organizzativo durante

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>1a</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	---

l'esecuzione della visita di verifica in campo presso reparti, servizi ed uffici.

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

1. “Produrre documenti falsi attestanti l’esistenza di condizioni e requisiti” (autovalutazioni, dichiarazioni di conformità, altre dichiarazioni tra quelle fornite quali evidenze del possesso di requisiti) con lo scopo di “ottenere autorizzazioni all’esercizio dell’attività sanitaria e/o decreti di accreditamento”

---

2. “corrompere l’esponente dell’Ente (P.A.)” con lo scopo di “ottenere trattamenti di favore da parte di Autorità di controllo e/o di vigilanza.”

---

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>1a</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. CLINICA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
◻<	(dati da inserire in fase di analisi)			>◻	◻<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
modo 1: produrre documenti falsi attestanti l'esistenza di condizioni e requisiti essenziali rischio di reato:TRUFFA effetto: ottenere autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e/o decreti di accreditamento	<b>10</b>	1. Individuazione dei dirigenti che intrattengono i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale. 2. Controllo gerarchico delle istanze di autorizzazione e di accreditamento. 3. Tracciabilità di ogni decisione circa l'autovalutazione. 4. Tracciabilità di ogni comunicazione interna ed esterna.	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>nessuna</b>
modo 2: corrompere l'esponente dell'Ente (P.A.) rischio reato:CORRUZIONE di	<b>10</b>	5. Individuazione dei dirigenti che intrattengono i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) 6. Tracciabilità di ogni singola operazione finanziaria. 7. Controllo dei flussi finanziari aziendali.	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>nessuna</b>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>1a</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. CLINICA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori	
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	> <input type="checkbox"/>
effetto: ottenere concessioni, licenze ed autorizzazioni da parte della P.A.		8. Controllo delle fatture passive.					

## 2.2 Processo sensibile 1b: RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI. RSA

### Descrizione sintetica del funzionamento

**Attività 1-selezione dei requisiti:** i requisiti di Autorizzazione all'Esercizio o di Accredimento Istituzionale o di Accredimento di Eccellenza (ex JCI) sono selezionati per area di competenza (es. *risorse umane, gestione-valutazione-miglioramento, sistemi informativi, area dell'assistenza e delle cure,...*) ed elencati in una o più liste di verifica. Gli elenchi di standard così ottenuti sono messi a disposizione dei Dirigenti / dei Responsabili delle aree di competenza affinché provvedano all'autovalutazione.

**Preparazione**=Referente Amministrativo RSA: Impiegata competente.

**Attività 2-autovalutazione di prima istanza:** i Dirigenti / i Responsabili delle aree di competenza si confrontano con i propri collaboratori e valutano in che misura sono posseduti i requisiti loro assegnati, assegnano ad ogni requisito il punteggio ottenuto indicandolo sulla lista di verifica. Quindi rendono al Referente Amministrativo RSA la lista di verifica completa dell'autovalutazione.

**Preparazione**=Dirigenti Amministrativi, Dirigenti Clinici.

**Attività 3-assemblaggio delle autovalutazioni e revisione:** l'Ufficio del Referente Amministrativo RSA assembla le liste di verifica dopo averne risolto eventuali incongruenze e sottopone il risultato alla verifica del Referente Amministrativo RSA.

**Preparazione**=Referente Amministrativo RSA: Impiegata competente.

**Controllo**= Referente Amministrativo RSA.

**Attività 4-approvazione dell'istanza (di Autorizzazione / di Accredimento):** l'Ufficio del Referente Amministrativo RSA prepara l'istanza e la sottopone alla verifica del Direttore Amministrativo *e del Direttore Generale*, quindi all'approvazione della Presidente che firma anche un'autodichiarazione del possesso dei requisiti. L'istanza viene trasmessa all'Ufficio Regionale competente per posta tradizionale A.R. o via PEC oppure mantenuta a disposizione del Team di Valutazione regionale secondo le indicazioni della normativa specifica.

**Preparazione**=Referente Amministrativo RSA: Impiegata competente.

**Controllo**=Direttore Amministrativo, *Direttore Generale*.

**Approvazione**= Presidente.

**Attività 5-visita di verifica in campo:** il Team di Valutazione regionale effettua una valutazione dei requisiti evidenziandone la coerenza con l'autovalutazione. A fine visita produce un report, recante l'esito della valutazione con eventuali deroghe e/o prescrizioni, che sottopone alla Regione per verifica ed approvazione sino alla formulazione del provvedimento e pubblicazione sul BUR.

**Preparazione**=Team di Valutazione regionale.

**Controllo**= Giunta Regionale.

**Approvazione**= Giunta Regionale.

**Note:** in questa attività il Referente Amministrativo RSA mette a disposizione una o più persone competenti nei processi di autorizzazione ed accreditamento affinché vigilino sull'operato dei valutatori esterni fornendo loro supporto logistico ed organizzativo durante l'esecuzione della visita di verifica in campo (reparti, servizi, uffici).

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>1b</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. RSA.</b>
-------------------------------	-----------	---

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

3. “Produrre documenti falsi attestanti l’esistenza di condizioni e requisiti” (autovalutazioni, dichiarazioni di conformità, altre dichiarazioni tra quelle fornite quali evidenze del possesso di requisiti) con lo scopo di “ottenere autorizzazioni all’esercizio dell’attività socio-sanitaria e/o decreti di accreditamento”

---

4. “corrompere l’esponente dell’Ente (P.A.)” con lo scopo di “ottenere trattamenti di favore da parte di Autorità di controllo e/o di vigilanza.”

---

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>1b</b>	<b>RAPPORTI CON LA P.A. &gt; ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO &gt; CONTROLLO REQUISITI. RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
modo 1: produrre documenti falsi attestanti l'esistenza di condizioni e requisiti essenziali rischio di reato:TRUFFA effetto: ottenere autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e/o decreti di accreditamento	<b>10</b>	1. Individuazione dei dirigenti che intrattengono i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale. 2. Controllo gerarchico delle istanze di autorizzazione e di accreditamento. 3. Tracciabilità di ogni decisione circa l'autovalutazione. 4. Tracciabilità di ogni comunicazione interna ed esterna.	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>nessuna</b>
modo 2: corrompere l'esponente dell'Ente (P.A.) rischio reato:CORRUZIONE effetto: ottenere concessioni, licenze ed autorizzazioni da parte della P.A.	<b>10</b>	5. Individuazione dei dirigenti che intrattengono i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale. 6. Tracciabilità di ogni singola operazione finanziaria. 7. Controllo dei flussi finanziari aziendali. 8. Controllo delle fatture passive.	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>nessuna</b>

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	--

### **2.3 Processo sensibile 2a: CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA**

#### **Responsabilità**

##### Scheda di Dimissione Ospedaliera

- La responsabilità della corretta compilazione della SDO è in capo al medico dimettente che firma la SDO in qualità di medico responsabile della dimissione.
- Il medico responsabile dell'Unità Operativa dalla quale il paziente è dimesso è responsabile di individuare il medico responsabile della dimissione ed il medico Referente SDO.
- Il Direttore Sanitario è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO finalizzate a garantirne la completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate; incarica di tali verifiche il personale dell'Ufficio SDO avente funzioni di NIC.
- Il Referente SDO è responsabile di collaborare con la Direzione Sanitaria nelle attività di controllo e correzione delle SDO.

##### Cartella Clinica

- La responsabilità di curare la diligente custodia della cartella clinica, dal momento della sua formazione e per tutto il tempo di permanenza della stessa in reparto sino alla consegna all'archivio generale ospedaliero, è del Medico Responsabile di Unità Operativa.
- Il Direttore sanitario è responsabile della custodia della cartella clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio generale ospedaliero e riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili.

#### **Definizioni**

- La scheda di dimissione ospedaliera (in seguito "SDO") costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale (DM 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera"). La SDO costituisce "una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa".
- La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il Medico Responsabile di Unità Operativa (DPR 128/1969 art.7), adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti.
- La cartella clinica acquista carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata.
- L'archiviazione deve riguardare cartelle chiuse e, come tali, insuscettibili di modifiche.

#### **Normativa:**

- Linee guida ministeriali 17.6.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991".
- D.M. 380 del 27.10.2000: "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".
- Successive modifiche ed integrazioni della normativa nazionale e regionale.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	--

**Strumenti (S):**

- *S1=3M-Grouper*: applicativo software, disponibile in commercio, messo a disposizione dei reparti ed impiegato dal medico dimettente, finalizzato ad identificare i *codici delle diagnosi principale e secondarie* ed i *codici degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche* da indicare nella SDO (db-PRIAMO). Azione preventiva ai fini della riduzione del rischio illeciti: l'applicativo messo a disposizione dei reparti mostra valori non aggiornati.
- *S2=Tabella controlli SDO*: funzionalità software, sviluppata dal Controllo di Gestione su specifica dell'Ufficio SDO, finalizzata al controllo di correttezza delle SDO (db-PRIAMO) tramite l'applicazione di regole recepite dalla normativa regionale, regole recepite a seguito dei controlli ATS ed interne quali, ad esempio, *la codifica dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza*. Azione preventiva: aggiornamento continuo delle funzionalità S2. Nota: l'estensione dei controlli automatici effettuati dallo strumento S2 è stimata al 60%÷70% delle dimissioni. Osservazione: ad oggi il totale delle regole implementate è pari a circa 100.
- *S3=VERBENA*: applicativo software, disponibile in commercio, finalizzato a simulare la valorizzazione dei DRG in coerenza con la normativa regionale e nazionale di riferimento e ad evidenziare scostamenti tra le valorizzazioni ottenute dai diversi sistemi di calcolo (es.*classificazione ICD9-CM, tariffari,..*). Azione preventiva: aggiornamento delle funzionalità S3.
- *S4=PRIAMO-confronto importo DRG e importo obiettivo*: funzionalità software del sistema informatico ospedaliero PRIAMO finalizzata ad evidenziare scostamenti tra le valorizzazioni ottenute dai diversi sistemi di calcolo. Azione preventiva: aggiornamento continuo delle funzionalità S4.
- *S5=SYS-CLINIQUE*: applicativo software per la gestione dei materiali incluse endoprotesi che consente lo scarico informatico del prodotto dal conto deposito alla cartella clinica del singolo paziente tramite lettore bar-code e l'elaborazione del file SDO4. Lo stesso file contiene la codifica ed i costi medi delle endoprotesi soggette a monitoraggio.

**Acronimi:**

- SDO=Scheda di Dimissione Ospedaliera.
- DRG=Diagnosis-Related Group.
- DA=Direttore Amministrativo.
- DS=Direttore Sanitario.
- COGE=Controllo di Gestione.
- NIC=Nucleo Interno di Controllo.
- NOC=Nucleo Operativo di Controllo (ATS).

**DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO DEL PROCESSO**

**Attività 1-compilazione SDO e controllo di 1°livello** (Scheda di Dimissione Ospedaliera): ogni volta che un Paziente degente in regime di ricovero diurno o ordinario viene dimesso dall'Ospedale, il medico dimettente compila la SDO *strumento S1* identificando i codici diagnosi (*principale e secondarie*), i codici delle prestazioni erogate ed elaborando il DRG. La SDO viene stampata, firmata dal medico dimettente ed inserita in cartella clinica. Rischio: autonomia del medico dimettente associata alla possibilità che alcune dimissioni escluse dal campo d'azione dei controlli S2 bypassino il sistema di autocontrollo interno. Rischio: l'assenza di regole che identificano l'*appropriatezza all'ammissione alle cure* ed al *regime di erogazione delle prestazioni* introduce maggiori rischi di inappropriatazza del ricovero. Rischio: carente conoscenza delle regole di codifica comporta un maggior rischio di errori di codifica e di esclusione dal campionamento S2.

**Preparazione**=Medico dimettente.

**Controllo 1** = Medico Responsabile di Unità Operativa.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	--

**Attività 2-controlli settimanali:** l'Ufficio SDO produce per ogni reparto *strumento S2* il report denominato *CONTROLLI SDO* che consegna al medico Referente SDO per le necessarie verifiche e correzioni. Il medico Referente SDO può confermare le codifiche già trasmesse, oppure fornire le evidenze richieste dall'Ufficio SDO quali attestazioni della correttezza delle medesime codifiche mantenendole invariate, oppure richiedere supporto all'Ufficio SDO per una revisione congiunta della cartella clinica e della congruenza della SDO in ogni caso restituendo un feedback all'Ufficio.

**Controllo 2** = Ufficio SDO.

**Attività 3-riapertura delle SDO:** le SDO già processate che devono essere modificate sono riaperte in PRIAMO previo accordo formale tra il medico Referente SDO e l'Ufficio SDO. L'Ufficio SDO, ricevuta la richiesta dell'UO, toglie il blocco informatico che impedisce la riapertura delle SDO; il medico dimettente o il Referente SDO corregge la scheda rielaborandone il DRG. L'Ufficio SDO, in fase di valutazione col Referente SDO, sblocca la pratica identificata da S2 e ne apporta le modifiche con l'eventuale attribuzione di nuovo DRG.

**Preparazione**=Medico dimettente / Referente SDO.

**Controllo 3**= Ufficio SDO.

**Attività 4-utilizzo endoprotesi:** l'attività è finalizzata alla fatturazione delle endoprotesi impiegate per il conseguimento degli obiettivi delle cure. L'Ufficio SDO:

- produce l'elenco delle cartelle cliniche oggetto di approfondimento (PRIAMO- statistica pazienti);
- acquisisce l'elenco delle cartelle cliniche in ambiente SYS-CLINIQUE;
- fatture e documenti di trasporto alla mano (da Farmacia) controlla che l'associazione *endoprotesi-paziente-cartella clinica* sia stata correttamente acquisita provvedendo alle necessarie correzioni in caso contrario;
- inserisce manualmente i dati delle endoprotesi nelle cartelle cliniche relative a specialistiche / interventi non interfacciati (es. *emodinamica*, ...)

**Controllo 4**= autocontrollo dell'Operatore sanitario dell'Ufficio SDO.

**Attività 5-invio flussi SDO e correzioni:** l'invio di diversi file recanti informazioni sulla produzione del mese consente agli Uffici regionali di effettuare i controlli necessari per verificare la correttezza delle fatture a saldo. L'Ufficio SDO:

1. previa autenticazione a PRIAMO ed attraverso la funzionalità *pratiche da rielaborare > supporto per Regione*, genera 4 file rappresentativi della produzione del mese *SDO1 (anagrafica paziente)*, *SDO2 (prestazioni)*, *SDO3 (pazienti stranieri)* che vengono salvati in una cartella specificata del PC postazione di lavoro, *SDO6 (dati intervento chirurgico)*
2. previa autenticazione a SYS-CLINIQUE genera il file *SDO4* specifico delle prestazioni che prevedono l'utilizzo di endoprotesi;
3. sottopone i file all'Ufficio Ricoveri per una verifica preinvio in Regione; Rischio: l'eventuale cambio di residenza e/o di onere non rilevato preventivamente può generare un errore di attribuzione di ATS / Regione di appartenenza con conseguente errore di addebito.
4. previa autenticazione all'applicativo software DIGITALSIGN (password smartcard individuale), genera e salva su disco rigido un file criptato ricavato dai suddetti 4 file origine;
5. invia sul portale SMAF (prima del test definitivo)

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	--

6. corregge eventuali errori rilevati in autocontrollo e/o segnalati dalla Regione (es. *codici fiscali, codici diagnosi, codici procedura,...*) e ripete l'invio del flusso sino ad eliminazione degli errori.

**Preparazione**= Ufficio SDO.

**Controllo 5**= autocontrollo e Ufficio regionale.

**Attività 6-controlli mensili (Controllo 6):** l'Ufficio SDO, previa importazione in VERBENA del file .txt corretto (*attività 5*), produce un file excel in cui mette a confronto i valorizzati VERBENA *strumento S3* e PRIAMO *strumento S4*. I file S3 già confrontati con i file S4 vengono trasmessi al DA e a COGE mensilmente. Il confronto dei valorizzati S3 e S4 con l'evidenza di eventuali discordanze tra i sistemi viene registrato ed archiviato in un file excel presso il PC di postazione lavoro. Analogamente dopo il ricevimento delle valorizzazioni, ricevute mensilmente da Regione Lombardia, si integra il suddetto file con gli importi regionali. Le differenze S3 e S4 e gli importi regionali vengono segnalate al COGE, ai Sistemi Informativi e a DA.

L'obiettivo è di risolvere eventuali errori di valorizzazione delle prestazioni prima della fatturazione all'ATS dei saldi trimestrali (*interazione con il processo di fatturazione attiva*).

**Preparazione**= Ufficio SDO.

**Controllo 6**=autocontrollo e Sistemi Informativi e COGE.

Anche i controlli esterni eseguiti dai NOC sulla correttezza delle SDO contribuiscono da un lato a tenere alto il livello di attenzione sul processo di compilazione delle SDO dall'altro a migliorare l'efficacia del sistema di autocontrollo interno. In sintesi la procedura è la seguente:

- ATS comunica all'Ufficio SDO l'elenco delle pratiche da controllare;
- l'Ufficio SDO trasmette l'elenco a COGE;
- COGE produce un file excel su cui preparare il confronto con i NOC e documentarne evidenze ed osservazioni;
- l'Ufficio SDO trasmette i file ai Responsabili UO per una verifica preventiva dei casi campionati dall'ATS;
- l'Ufficio SDO partecipa alle attività di controllo esterno ed integra il file excel con le annotazioni necessarie (es. *DRG ricodificati, motivazioni ed interpretazioni, valori economici, ...*);
- DS comunica ai Responsabili UO coinvolti l'esito del controllo;
- l'Ufficio SDO a fronte degli esiti dei controlli ATS richiede a COGE l'aggiornamento / revisione del sistema informatico di autocontrollo delle codifiche (specificando il criterio).

**Attività 8-controlli di completezza cartella clinica.** Le prestazioni di postdegenza (es. esami ematici e visite specialistiche) possono essere eseguite entro il 10° giorno dalla dimissione; il controllo da parte dell'Infermiere dell'Ufficio SDO addetto ai controlli di completezza include la presenza dei referti degli esami ematici e radiologici e dei consensi informati; la completezza può coincidere con la chiusura del ricovero (*data e ora in cui il Paziente lascia l'ospedale*) ma non necessariamente quando, ad esempio, referti di indagini eseguite in corso di degenza pervengano solo in un tempo successivo alla dimissione oppure il Paziente debba eseguire indagini diagnostiche (es. *esami ematochimici, esami radiologici*) o prestazioni post-dimissive (es. *rimozione punti di sutura,...*). Per consentire che la cartella clinica si

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>
-------------------------------	-----------	--

completi di tutti gli elementi suoi propri, prima di essere consegnata all'archivio generale ospedaliero, viene trattenuta in reparto sino al controllo da parte dell'Infermiere dell'Ufficio SDO addetto ai controlli di completezza. Il Coordinatore infermieristico di reparto ed il Medico Responsabile di U.O. eseguono un autocontrollo di completezza utilizzando la check-list prevista da specifica istruzione operativa aziendale, che compilano e firmano.

L'Operatore sanitario incaricato dell'Ufficio SDO, coadiuvato dagli archivisti, assiste i Coordinatori infermieristici dei reparti nelle attività di controllo di completezza delle cartelle cliniche garantendo un controllo al 100% delle dimissioni; inoltre, in corrispondenza dei controlli esterni ATS, sottopone ad un autocontrollo preventivo tutte le cartelle cliniche selezionate dai valutatori ATS utilizzando specifica check-list desunta dall'allegato 3 della DGR 9014/2009 e valorizzando la perdita economica derivante da eventuali incompletezze sulla base del sistema di pesatura definito dalla DGR 621/2010. Le risultanze dei controlli ATS sono messe a confronto con quelle derivanti dall'autocontrollo interno per ricercare le cause di eventuali scostamenti e per identificare le necessarie azioni correttive.

**Controllo 8** = Ufficio SDO.

---

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi)

Produrre richieste di remunerazione false.

---

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		2a		CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >□	
<p>modo:</p> <p>produrre richieste di remunerazione false</p> <p>rischio di reato:TRUFFA</p>	10	<ol style="list-style-type: none"> <li>Esiste una separazione di attività tra chi prepara le SDO (<i>Medico dimettente</i> in prima istanza o <i>Referente SDO</i>) e chi supervisiona (<i>Responsabile di U.O.</i>). Le SDO campionate con strumento S2 sono il 60%÷70%, autocontrollate dal Referente SDO quindi ricontrollate ed eventualmente ricodificate dalle Operatrici Ufficio SDO / Referente SDO. L'autorizzazione dell'invio dei flussi in Regione è del Direttore Sanitario (100% delle SDO).</li> <li>È disponibile un sistema informatico di controllo oggettivo dell'adeguatezza delle SDO basato su criteri di appropriatezza e congruenza (strumento S2, DRG anomali, regole regionali e ATS) .</li> <li>È operativo un Nucleo Interno di Controllo (NIC) che in collaborazione con il Medico Referente SDO verifica il 60%÷70% delle cartelle campionate da strumento S2; inoltre esegue il controllo protesi sul 100% delle cartelle cliniche interessate.</li> <li>Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.</li> <li>Sono operativi controlli esterni NOC su un campione di cartelle cliniche ulteriore rispetto a quello esaminato dal sistema di controllo interno.</li> <li>Sistema di autenticazione degli accessi ad ognuno degli strumenti informatici impiegati.</li> <li>Sistema di encryption dei file oggetto di invio flussi verso gli Uffici Regionali.</li> </ol>	5	1	50	NESSUNA		
<p>effetto:</p> <p>ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate</p>								

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		2a		CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	>□
		<p>(SDO)</p> <p>8. <i>Garanzia che gli aggiornamenti normativi inerenti ai controlli interni delle prestazioni siano correttamente interpretati ed implementati (consulenza normativa specialistica, validazione degli algoritmi software sviluppati all'interno dell'Organizzazione o richiesti a fornitori qualificati).</i></p> <p>9. <i>Formazione preventiva e continua ai Medici dimettenti, ai Medici Referenti SDO ed al personale sanitario dell'Ufficio SDO.</i></p> <p>10. <i>Garanzia di implementazione delle regole finalizzate all'identificazione dell'inappropriatezza all'ammissione alle cure.</i></p> <p>11. <i>Implementazione di ulteriori controlli incrociati all'atto dell'inserimento dati anagrafici in PRIAMO finalizzati a ridurre incoerenze di residenza ed onere.</i></p> <p>12. <i>Garanzia che gli aggiornamenti normativi incapsulati negli applicativi software S3, S4, S5 sia in carico ai fornitori e siano effettuati in tempi utili.</i></p> <p>13. <i>Disponibilità dell'Istruzione Operativa "Istruzione della SDO", del Piano di Autocontrollo di congruenza SDO, dell'Elenco aggiornato dei Referenti SDO</i></p>						
		<p>(Cartella Clinica)</p> <p>14. <i>Disponibilità di un documento di rendicontazione delle attività di controllo interno di completezza delle cartelle cliniche svolte dalla Direzione Sanitaria - Ufficio SDO in continuità con le attività di autocontrollo svolte in reparto come da istruzione operativa aziendale "Controllo di Completezza della Cartella Clinica".</i></p>						

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>2a</b>	<b>CODIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO (DRG), CONTROLLI PRE-FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. CLINICA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	
							> <input type="checkbox"/>

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di truffa.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 **5 = moderata probabilità di accadimento.**

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 **1 = probabilità molto alta** che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

## 2.4 Processo sensibile 2b.SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA FLUSSI. CLINICA.

### DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO

#### Premessa

Nell'ambito della più ampia attività di controllo e rendicontazione della gestione aziendale, sotto l'aspetto della produzione effettuata i **Sistemi Informativi** collaborano con l'**Ufficio Contabilità** preposto all'elaborazione dei flussi delle prestazioni ambulatoriali accreditate e convenzionate (vedere analisi dei rischi specifica intestata a quel *processo sensibile*). Le valorizzazioni economiche di quelle prestazioni sono direttamente effettuate dai Sistemi Informativi ed utilizzate quale uso interno ai fini contabili.

I Sistemi Informativi pubblicano sulla Piattaforma SMAF di Regione Lombardia il flusso mensile.

Inoltre forniscono supporto tecnico all'Ufficio SDO e DRG nel continuo aggiornamento e miglioramento delle procedure informatiche di valorizzazione economica della produzione ricoveri.

#### Definizioni

- file *SDO<N>.txt*: trattasi di file rappresentativi della produzione ricoveri del mese, riproducibili in ambito PRIAMO, oggetto di debito informativo nei confronti della Regione Lombardia; nello specifico *SDO1 (anagrafica paziente)*, *SDO2 (prestazioni)*, *SDO3 (pazienti stranieri)*, *SDO4 (protesi)*, *SDO6 (dati sugli interventi effettuati in sala operatoria)*;
- file *AMB<N>.txt*: file rappresentativi della produzione ambulatoriale del mese, riproducibili in ambito PRIAMO, oggetto di debito informativo nei confronti dell'ATS;

#### Strumenti (S):

- *S1=VERBENA*: applicativo software, disponibile in commercio, finalizzato a simulare la valorizzazione dei DRG in coerenza con la normativa regionale e nazionale di riferimento (es. *classificazione ICD9-CM, tariffari,..*). Azione preventiva: aggiornamento continuo delle funzionalità S1.
- *S2=PRIAMO-confronto importo DRG e importo obiettivo*: funzionalità software del sistema informatico ospedaliero PRIAMO finalizzata ad evidenziare scostamenti tra le valorizzazioni ottenute dai diversi sistemi di calcolo. Azione preventiva: aggiornamento continuo delle funzionalità S2.
- *S3 = SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi)*: piattaforma regionale dedicata all'acquisizione dei debiti informativi ed allo scambio dati tra Regione e Enti.
- *S4=28SAN.MDB*: modulo software aziendale per l'applicazione di ulteriori controlli di correttezza dei file *AMB<N>.txt*.

#### ATTIVITÀ

**Attività 1-verifica del valorizzato economico ricoveri** (input da Ufficio SDO e DRG): il Responsabile del Controllo di Gestione riceve dall'Ufficio SDO e DRG il file prodotto da Regione con i valorizzati del mese. Lui mette a confronto i valorizzati VERBENA *strumento S1* e PRIAMO *strumento S2* ed il valorizzato regionale e comunica gli eventuali scostamenti. L'Ufficio SDO e DRG analizza le cause degli scostamenti; se le cause sono ascrivibili ad errori software (es. *disallineamento rispetto alle più recenti normative regionali; disallineamento rispetto alle più recenti e validate interpretazioni normative; tariffari non aggiornati;....*) comunica le anomalie ai Sistemi Informativi che si attivano nei confronti dei fornitori di assistenza tecnica per le necessarie azioni correttive che determineranno la messa in linea di release aggiornate delle procedure informatiche; se trattasi di errori ben identificabili i Sistemi Informativi intervengono apportando le necessarie correzioni (ad es. codici fiscali, codici ISTAT, etc.). Una volta sanate le anomalie l'Ufficio SDO e DRG provvede alla rielaborazione del flusso.

**Preparazione**=Resp.Sistemi Informativi.

**Controllo 1**=Ufficio SDO e DRG.

**Attività 2-valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali** (output ad Ufficio Contabilità): i Sistemi Informativi, tramite routine di interrogazione del sistema informatico ospedaliero PRIAMO, preparano e rendono fruibile all'Ufficio Contabilità report mensili quale utilizzo interno, contenenti la valorizzazione economica a consuntivo delle prestazioni ambulatoriali erogate nel periodo e riferite ai seguenti capitoli del contratto ATS di erogazione di prestazioni SSN: *ssn regione, fuori regione, dialisi, screening, stranieri,..*

Prima dell'invio dei report definitivi all'Ufficio Contabilità i Sistemi Informativi producono tramite apposite funzionalità del sistema PRIAMO i file *AMB1.txt*, *AMB2.txt* e *AMB3.txt* rappresentativi della produzione ambulatoriale del mese, quindi:

1. sottopongono i file ad una serie di controlli formali tramite il portale *SMAF* (*invio di test*);
2. correggono eventuali errori segnalati nella fase 1 (es. *codici fiscali, comuni, ATS, Regioni, Medici di base e Pediatri di famiglia, STP, Stranieri, record doppi, ..*);
3. sottopongono i file ad ulteriori controlli tramite l'applicativo software *28SAN.MDB* (*prima e dopo il test sul portale SMAF*) e correggono eventuali errori segnalati e ripetono i controlli della fase 2 oltre ad ulteriori controlli quali *tariffe, screening, congruità dei campi per definire le prestazioni in esenzione, correttezza formale dei codici dei medici prescrittori rispetto al campo provenienza*, sino ad eliminazione degli errori producendo successive versioni dei file *AMB1.txt*, *AMB2.txt* e *AMB3.txt*.

Inoltre i Sistemi Informativi effettuano controlli manuali sui record relativi ai *doppi accessi di PS*, l'erogazione delle visite in PS, prestazioni *pre e post-ricovero*, prestazioni *pre e post-BOCA*, prestazioni *dialitiche* a pazienti degenti e provenienti da PS. I risultati dei controlli (*richiesta di rettifica*) sono sintetizzati in file di excel a cura di un Operatore dei Sistemi Informativi. Le richieste di rettifica sono attuate da un altro Operatore sul *28SAN.MDB*.

Un ulteriore controllo consiste nella messa a confronto tra il valorizzato economico delle prestazioni così come risultanti dalle versioni definitive dei file AMB ed i valorizzati cassa relativi al medesimo periodo di produzione.

**Preparazione**=Resp.Sistemi Informativi.

**Controllo 2**=validazione informatica.

Nota: relativamente alla precedente attività 2 i file *AMB1.txt*, *AMB2.txt* e *AMB3.txt* (flusso 28SAN) in versione definitiva sono trasmessi mensilmente tramite il canale SMAF in Regione entro i primi 5 giorni lavorativi del mese successivo alla produzione. L'elenco degli operatori autorizzati alle comunicazioni è disponibile presso il Responsabile dei Sistemi Informativi.

---

**Modi di comportamento a rischio reato identificati:** Produrre richieste di remunerazione false. (vedere analisi dei rischi)

---

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		2b		SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA FLUSSI. CLINICA.			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori	
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	
<p>modo: produrre richieste di remunerazione false</p> <p>rischio di reato:TRUFFA</p> <p>effetto: ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate</p>	<b>10</b>	<p>1. Le valorizzazioni economiche dei DRG ottenute con strumenti informatici sviluppati all'interno dell'Organizzazione (PRIAMO) sono validate con strumenti informatici del commercio (VERBENA) oltre che confrontate con il valorizzato regionale.</p> <p>2. Le prestazioni ambulatoriali soggette a valorizzazione economica sono sottoposte a controlli di correttezza formali e sostanziali (regole di processo) con strumenti informatici sviluppati all'interno dell'Organizzazione (28SAN.MDB) e validati dalla Regione Lombardia (SMAF).</p> <p>3. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.</p> <p>4. <b>Il controllo dell'erogazione effettiva delle prestazioni ambulatoriali accettate è supportato dal documento di indirizzo denominato "Piano dei controlli delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero" ed è effettuato durante audit periodici sui referti in collaborazione DS / QER.</b></p> <p>5. <b>PRIAMO AMB. coordinato con gli applicativi ARMONIA, METACLINIC, ENDOXWEB consente la refertazione informatizzata di tutte le prestazioni ambulatoriali.</b></p>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<p><b>1. E' in fase di sviluppo da parte della softwarehouse incaricata una modalità di CONTROLLO INTENSIVO dello stato "erogato" delle prestazioni ambulatoriali. Le tempistiche di implementazione sono tuttora in corso di definizione.</b></p> <p><b>L'introduzione della nuova procedura per la refertazione nel Servizio di Endoscopia digestiva ha permesso un ulteriore controllo, in quanto i relativi referti vengono pubblicati nel repository aziendale e lo stato "refertato" viene recepito anche sull'evento dell'accettazione.</b></p>	

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un'ipotesi di truffa.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>2b</b>	<b>SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA FLUSSI. CLINICA.</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)				> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 3 = **alta probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.**

Indice IPR **60**, uguale alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque **non sono richieste misure aggiuntive obbligatorie.**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2c</b>	<b>SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA</b>
---------------------------	-----------	--

## 2.5 Processo sensibile 2c. SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA.

### DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO DEL PROCESSO

#### Premessa

Nell'ambito della più ampia attività di Programmazione e Controllo della gestione aziendale sotto l'aspetto della produzione effettuata e delle risorse impiegate, il Servizio Controllo di Gestione collabora anche con gli Uffici della Direzione Sanitaria preposti al controllo della codifica delle prestazioni di ricovero ed all'invio dei relativi flussi di rendicontazione (vedere analisi dei rischi specifica intestata a quel *processo sensibile*). Le valorizzazioni economiche derivanti dalle suddette codifiche sono quindi trimestralmente utilizzate dall'Ufficio Contabilità per l'emissione delle fatture a saldo del periodo.

#### Acronimi utilizzati:

- SDO=Scheda di Dimissione Ospedaliera.
- DRG=Diagnosis-Related Group.
- DA=Direttore Amministrativo.
- DS=Direttore Sanitario.
- CDG=Controllo di Gestione.
- SSN=Servizio Sanitario Nazionale.
- NOC=Nuclei Operativi di Controllo.

#### Strumenti (S):

- *S1=VERBENA*: applicativo software, disponibile in commercio, finalizzato a simulare la valorizzazione dei DRG in coerenza con la normativa regionale e nazionale di riferimento (es.*classificazione ICD9-CM, tariffari,...*).
- *S2=PRIAMO-confronto importo DRG e importo obiettivo*: funzionalità software del sistema informatico ospedaliero PRIAMO finalizzata ad evidenziare scostamenti tra le valorizzazioni ottenute dai diversi sistemi di calcolo.
- *S3=SYS-CLINIQUE*: applicativo software per la gestione dei materiali incluse endoprotesi che consente lo scarico informatico del prodotto dal conto deposito alla cartella clinica del singolo paziente tramite lettore bar-code.

**Attività 1-aggiornamento e test dell'applicazione informatica "Controlli SDO"**: il Servizio CDG, a fronte di input provenienti dall'Ufficio SDO e DRG, aggiorna le funzionalità dell'applicativo software "Tabella Controlli SDO" e ne valida l'efficacia. L'applicazione sottopone le SDO selezionate (*produzione settimanale, produzione mensile,...*) a circa 100 controlli con un'estensione dei controlli automatici a circa il 60÷70% delle dimissioni producendo un report direttamente fruibile dall'Ufficio SDO e DRG. La validazione avviene tramite l'esame delle risultanze scaturite dal processamento di *campioni di SDO contenenti errori noti*. La gestione del versioning dell'applicazione informatica "Controlli SDO" e la garanzia della tracciabilità delle modifiche via via apportate sono sotto la responsabilità del CDG.

**Preparazione**=Responsabile CDG.

**Controllo 1**=validazione informatica.

**Attività 2-analisi della valorizzazione economica della produzione ricoveri SSN**: il Servizio CDG produce trimestralmente un report in cui mette a confronto i valorizzati VERBENA *strumento S1*, PRIAMO *strumento S2* ed il valorizzato regionale con evidenziazione delle differenze a livello di singola SDO e dei suoi

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>2c</b>	<b>SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA</b>
-------------------------------	-----------	--

elementi principali (DRG, regime, tipo di extrabudget, importo economico) e lo sottopone all'Ufficio SDO e DRG per l'analisi degli scostamenti. L'obiettivo è di risolvere eventuali errori di valorizzazione delle prestazioni prima della fatturazione all'ATS dei saldi trimestrali.

**Preparazione**=Responsabile CDG.

**Autocontrollo.**

**Attività 3-valorizzazione economica ed analisi del rimborso protesi:** il Servizio CDG, tramite routine di interrogazione del database SYS-CLINIQUE<sub>strumento S3</sub>, produce annualmente la valorizzazione del rimborso protesi spettante con evidenziazione di eventuali differenze con quanto attribuito dalla Regione Lombardia sulla base del costo medio regionale noto per *gruppo* e *tipo* di protesi. Il report viene messo a disposizione dell'Ufficio Contabilità per la fatturazione.

**Preparazione**=Responsabile CDG.

**Autocontrollo.**

**Attività 4-preparazione ai controlli NOC:** il Servizio CDG, ricevuto dall'Ufficio SDO e DRG l'elenco dei numeri pratica oggetto delle verifiche NOC, tramite routine di interrogazione del sistema informatico ospedaliero PRIAMO, prepara e rende fruibile al medesimo Ufficio un file excel contenente tutte le informazioni di dettaglio e di sintesi delle SDO interessate. L'obiettivo è di rendere più efficaci le attività di controllo.

**Preparazione**=Responsabile CDG.

**Autocontrollo.**

**Attività 5-valorizzazione economica dei ricoveri extrabudget solo cittadini lombardi:** il Servizio CDG, tramite routine di interrogazione del sistema informatico ospedaliero PRIAMO, prepara e rende fruibile all'Ufficio Contabilità un report mensile contenente la valorizzazione economica a consuntivo delle prestazioni erogate nel periodo e riferite ai *ricoveri extrabudget solo cittadini lombardi*.

**Preparazione**=Responsabile CDG.

**Autocontrollo.**

### **Modi di comportamento a rischio reato identificati**

Produrre richieste di remunerazione false. (vedere analisi dei rischi)

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>2c</b>		<b>SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori	
□<		(dati da inserire in fase di analisi)		>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	>□
modo: produrre richieste di remunerazione false rischio di reato:TRUFFA	<b>10</b>	1.L'accuratezza degli strumenti informatici di controllo SDO è verificata tramite campioni SDO ad errore noto coerenti con la normativa vigente 2.Le valorizzazioni economiche dei DRG ottenute con strumenti informatici sviluppati	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>NESSUNA</b>	

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		2c		SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
effetto: ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate		all'interno dell'Organizzazione (PRIAMO) sono validate con strumenti informatici del commercio (VERBENA) oltre che confrontate con il valorizzato regionale 3. È operativo un Nucleo Interno di Controllo (NIC) basato su un campione di cartelle cliniche 4. Sono operativi controlli esterni NOC su un campione di cartelle cliniche ulteriore rispetto a quello esaminato dal NIC 5. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post. <b>6. Introduzione dell'ulteriore garanzia di separazione delle attività di preparazione e controllo anche nella valorizzazione economica, analisi, esposizione del rimborso protesi grazie all'affido a terzi (NGC Medical) del processo di gestione delle forniture di dispositivi medici impiantabili e non richiesti dai Servizi di Emodinamica, Elettrofisiologia, Radiologia Interventistica, Chirurgia Vascolare.</b>					

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di truffa.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 4 = **moderata probabilità** che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno ancorché circoscritta all'attività di rendicontazione del valorizzato protesi.

Indice IPR **80, inferiore** alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque **non** sono richieste misure aggiuntive.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>2c</b>	<b>SUPPORTO AL PROCESSO DI RENDICONTAZIONE E DI FATTURAZIONE. ADEGUATEZZA CONTROLLI. CLINICA</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)				> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>3a</b>	<b>FATTURAZIONE. CLINICA</b>
-------------------------------	-----------	------------------------------

## 2.6 Processo sensibile 3a: FATTURAZIONE. CLINICA

### Descrizione sintetica del funzionamento

L'Ufficio Contabilità emette fatture alla Pubblica Amministrazione rappresentata dalla *ATS della Città Metropolitana di Milano* in relazione alle prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di degenza ed ambulatoriale (Clinica) alle prestazioni di assistenza socio-sanitaria in regime residenziale (RSA E. Bernardelli) e in regime domiciliare (*ADI ed RSA aperta*) che possono essere erogate per nome ed a carico del Servizio Sanitario Regionale in virtù dello status di strutture sanitarie autorizzate all'esercizio, **accreditate e a contratto**. Una modesta attività di fatturazione è altresì effettuata verso Enti Pubblici in virtù di accordi sottoscritti tra le parti per le erogazioni di prestazioni sanitarie in convenzione.

Tale fatturazione avviene, di regola, per acconti mensili e per saldi annuali come stabilito dai contratti tra l'Agenzia di Tutela della Salute già citata e la Clinica San Carlo (es. *contratto definitivo, Piano di fatturazione, fatturazione prestazioni per emergenza Covid*). **Inoltre vengono emesse fatture relative alle funzioni non tariffate ed al File F** per le quali Regione Lombardia riconosce acconti mensili e saldo annuale per quanto attiene prestazioni che riguardano le attività di emergenza-urgenza garantite dal *Pronto Soccorso-DEA e il rimborso dei farmaci previsti*.

### Fatture di acconto

L'importo è definito e noto alle parti (Clinica San Carlo, *ATS*) poiché desumibile dal contratto e dal budget assegnato e definito tramite comunicazione da parte dell'ATS con indicazione di importi e tempistiche di emissione fatture; l'Ufficio Contabilità controlla che gli importi evidenziati nella **comunicazione ricevuta da** ATS relativa agli acconti corrispondano ai valori stabiliti dal contratto, quindi **emette** le fatture.

Le fatture del mese sono prodotte in formato xml ed inviate tramite SDI (sistema di interscambio) segnalando, ove richiesto, numero d'ordine/data ricevuti con comunicazione da ATS/Enti Pubblici.

### Modi di comportamento a rischio reato identificati

nessuno.

### Fatture a saldo

L'importo dipende dal valore economico corrispondente al volume di prestazioni erogate nel periodo **secondo la comunicazione dei saldi effettuata direttamente da parte di ATS**; il personale dell'Ufficio Contabilità **controlla** (controllo) il prospetto per il calcolo del saldo deducendo dal consuntivo gli acconti eventualmente già fatturati; un prospetto riepilogativo del fatturato a saldo del periodo è sottoposto alla verifica del Direttore Amministrativo (validazione).

### Modi di comportamento a rischio reato identificati

Produrre richieste di remunerazione false. (vedere analisi dei rischi)

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		3a FATTURAZIONE. CLINICA				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□	
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□	
modo: produrre richieste di remunerazione false rischio di reato:TRUFFA	10	1. Esiste una separazione di attività tra chi <b>esegue</b> ( <i>Operatore Ufficio Contabilità</i> ) e chi <b>valida</b> ( <i>Direttore Amministrativo</i> )  2. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili ( <i>tenuta registri, archiviazione,....</i> )  3. I poteri autorizzativi e di firma sono noti all'Organizzazione  4. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.	1	1	10	Nessuna
effetto: ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate						

**Considerazioni a seguito della riunione ODV del 14.06.2018:**

**1.il riesame del funzionamento del processo ha consentito di evidenziare che il rischio di commissione illeciti è minimo e di ricalcolare l'IPR.**

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = se dovesse concretizzarsi il modo che abbiamo ipotizzato ciò avrebbe effetti gravi, produrrebbe gravi danni per l'immagine aziendale.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 1 = remota possibilità di accadimento (non si ricordano casi di accadimento).

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 1 = altissima probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 10 **significativamente inferiore** alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo.

**PROCESSO  
SENSIBILE****3b****CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA****2.7 Processo sensibile 3b: CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA****Descrizione sintetica del funzionamento**

Il Responsabile della Segreteria della Residenza Sanitaria Assistenziale “Emilio Bernardelli” emette fatture alla Pubblica Amministrazione (P.A.) rappresentata dalla *ATS della Città Metropolitana di Milano* in relazione alle prestazioni di assistenza socio-sanitaria in regime residenziale che l’RSA può erogare per nome ed a carico del Servizio Sanitario Regionale in virtù dello status di struttura sociosanitaria autorizzata all’esercizio ed accreditata.

La fatturazione avviene per acconti mensili e per saldi annuali come stabilito dal contratto tra l’Agenzia di Tutela della Salute già citata e l’RSA *in funzione di quanto deliberato da Regione Lombardia nelle regole di sistema.*

**Fatture di acconto (P.A.)**

L’importo è definito e noto alle parti (RSA, Uffici ATS vedere seguito) poiché desumibile dal contratto e dal budget tramite un semplice calcolo percentuale; il Responsabile della Segreteria RSA inserisce il valore della produzione attraverso un applicativo informatico e lo comunica attraverso il portale DPSFLAX (*preparazione*); ATS verifica l’adeguatezza del flusso ed autorizza l’importo calcolato (*autorizzazione*); sulla base dell’importo autorizzato il Responsabile della Segreteria RSA produce le fatture in formato .xml (*preparazione*); i file .xml sono inviati al cliente tramite SDI (sistema di interscambio).

**Modi di comportamento a rischio reato identificati:** nessuno.

**Fatture a saldo (P.A.)**

L’importo dipende dal valore economico corrispondente al numero di giorni di degenza erogati nel trimestre che l’applicativo software SYS-RIPOSO consente di valorizzare ognuno con la tariffa corretta in relazione alla *classe S.OS.I.A.* assegnata ed aggiornata dal Medico per ogni Ospite, di regola trimestralmente a meno di esigenze di ulteriore rivalutazione intermedia. SYS-RIPOSO consuntiva la produzione trimestrale su file excel quindi esporta i dati nel formato *xml* pronto per la trasmissione per posta certificata.

Il Responsabile della Segreteria RSA prepara il prospetto per il calcolo del saldo deducendo dal consuntivo gli acconti già fatturati, quindi formula la fattura e la invia attraverso il portale DPSFLUX (*preparazione*); ATS verifica l’adeguatezza del flusso ed autorizza l’importo calcolato (*autorizzazione*); sulla base dell’importo autorizzato il Responsabile della Segreteria RSA produce la fattura definitiva in formato .xml (*preparazione*) inviandola tramite SDI (sistema di interscambio).

**Processi a monte che forniscono input alla Segreteria RSA**

processo a monte		responsabile	documento
Valutazione iniziale e rivalutazione periodica dell’Ospite	classe S.OS.I.A.	Medico di Reparto	scheda S.OS.I.A. (memorizzata per singolo Ospite nel sistema informatico SYS-RIPOSO)

**PROCESSO  
SENSIBILE**

**3b**

**CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA**

**Modi di comportamento a rischio reato identificati**

Produrre richieste di remunerazione false per ottenere ingiusti profitti. (vedere analisi dei rischi).

---

**Invio flussi (P.A.)**

L'invio di diversi file recanti informazioni sulla produzione del trimestre consente agli Uffici ATS di effettuare i controlli necessari per verificare la correttezza delle fatture a saldo.

1. Il Responsabile della Segreteria RSA, previa autenticazione all'applicativo software SYS-RIPOSO, genera 6 file rappresentativi della produzione del trimestre *SOSIA1*, *SOSIA2*, *SOSIA3*, *SOSIA4*, *SOSIA5*, *FEI* che vengono salvati in una cartella specificata del PC postazione di lavoro.

2. Tutti i file prodotti vengono caricati sul portale DPSFLUX al quale, la Responsabile della Segreteria RSA, accede tramite identificazione della card personale. I files rimangono in attesa di "valutazione/validazione" da parte di ATS. Il processo risulta monitorato dalla Segreteria RSA tramite la variazione di colore (arancione = in validazione, verde = accettazione, rosso = respinto).

**Modi di comportamento a rischio reato identificati:** produrre richieste di remunerazione false. (vedere analisi dei rischi)

---

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>3b CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA</b>					
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori	
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	> <input type="checkbox"/>
<p>modo: produrre richieste di remunerazione false rischio di reato:TRUFFA</p> <p>effetto: ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate</p>	<b>10</b>	<p>1. L'assegnazione della classe di gravità S.OS.I.A. è sostenuta da evidenze oggettive basate su scale validate di valutazione delle disabilità per gli indicatori di mobilità e di cognitivà e su referti strumentali e/o di visite specialistiche per gli indicatori di comorbilità e diagnosi.</p> <p>2. <b>Le valutazioni multidimensionali, a fronte delle quali un automatismo informatico attribuisce la classe S.OS.I.A, sono condivise dai medici e dal Coordinatore Infermieristico. Tale automatismo include controlli finalizzati ad evidenziare eventuali incongruenze negli item della valutazione multidimensionale bloccando la procedura di attribuzione.</b></p> <p>3. <b>La corretta attribuzione della classe S.OS.I.A. è oggetto di verifiche di appropriatezza ATS che, ad oggi, hanno sempre dato esito negativo</b></p> <p>4. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (compilazione FASAS, criteri di appropriatezza,...)</p> <p>5. I poteri autorizzativi e di firma sono noti all'Organizzazione</p> <p>6. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.</p>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<p><b>Autocontrollo interno di adeguatezza delle classificazioni S.OS.I.A. su un campione del 25% delle classificazione effettuate da affidare al team di medici dell'RSA con produzione di un report trimestrale di controllo.</b></p>	

**Considerazioni a seguito della riunione ODV del 14.06.2018: gli ulteriori elementi 2 e 3 evidenziati nella colonna "misure preventive già in atto" contribuiscono, in particolare, a migliorare la capacità di intercettazione di eventuali tentativi di commissione illeciti che può essere ridotta da 10 a 5 con IPR che si dimezza a 100.**

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>3b</b>		<b>CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI. RSA</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	
							> <input type="checkbox"/>

Indice di Gravità del danno 10<sub>colonna2</sub> = effetti gravi, esito severo, gravi danni per l'immagine aziendale.

Indice di Probabilità dell'accadimento 2<sub>colonna4</sub> = bassa probabilità di accadimento (nessun caso rilevato)

Indice di Rilevabilità del problema 5<sub>colonna5</sub> = **moderata** probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

**L'Indice IPR 100 eguaglia la soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo.**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>4a</b>	<b>GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA</b>
-------------------------------	-----------	--

## 2.8 Processo sensibile 4a: GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA

### Premessa

La formazione delle liste di attesa per l'accesso al ricovero è prevista esclusivamente in regime di elezione con alcune differenze tra ricoveri chirurgici ed internistici. In entrambi i casi il nominativo del Paziente *indicato al ricovero dal Medico Specialista*, o più raramente dal Medico di Medicina Generale, entra in una lista di nominativi gestita per via informatica a cura di un Operatore dell'Ufficio Ricoveri (**Gestione Percorso Utenza**) nel rispetto dei requisiti obbligatori previsti dal "PROGETTO MATTONI 06 – LISTE DI ATTESA" emanato dal Ministero della Salute nel 2006, **riferimento metodologico tuttora valido ancorché datato**. Quando si creano le condizioni organizzative per il ricovero (disponibilità della sala operatoria e/o del posto letto) l'Operatore dell'Ufficio Ricoveri convoca il Paziente su indicazione del Medico Specialista.

### Responsabilità

● **Direttore Sanitario**: è responsabile del rispetto delle indicazioni Ministeriali che comprendono la corretta conservazione, il rispetto e la trasparenza delle liste di attesa<sup>Nota1</sup>.

Nota1: regole ulteriori *sono fornite nel documento organizzativo denominato "Gestione del Ricovero"*.

● **Medico Responsabile di Unità Operativa**: è responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità e di un sistema di regole definite per la priorità di convocazione dei Pazienti in lista d'attesa. È Responsabile della rivalutazione periodica della lista.

● **Responsabile Gestione Percorso Utenza**: è responsabile della tenuta e della conservazione delle liste di attesa e dei registri di prenotazione nel rispetto delle indicazioni Ministeriali. Collabora con la Direzione Sanitaria nelle attività di monitoraggio delle liste.

### Strumenti

*Programma mattone ricoveri*= applicativo software, sviluppato ad hoc, che garantisce l'accesso ai dati tramite autenticazione informatica oltre che la tracciabilità di ogni operazione di inserimento-modifica e cancellazione e che consente di gestire tutti i campi previsti dall'omonimo progetto mattone, in particolare:

- le informazioni inerenti al Paziente quali *nome e cognome Paziente, data di nascita, codice fiscale, sesso, ....., diagnosi o sospetto diagnostico, classe di priorità, notizie cliniche particolari*
- le informazioni gestionali quali *nome del medico prescrittore, trattamento previsto, data della prescrizione, data dell'inserimento in lista, data prevista per il ricovero, data effettiva di ricovero, motivi di spostamento in lista o cancellazione dalla lista, modalità di accesso*.

L'applicativo è reso disponibile ai Chirurghi, in reparto, affinché possano organizzare le sedute operatorie ed all'Anestesista per le valutazioni preanestesiologiche (*fase di prericovero*).

L'applicativo consente l'accesso ad alcuni campi delle liste di attesa e non ad altri ai soli utenti autorizzati e in relazione al ruolo (es. all'operatore amministrativo non è consentito l'accesso in modifica a dati clinici)(*profilatura dell'accesso ai dati*).

#### **Dal punto di vista della sicurezza informatica:**

- *ogni operazione di nuovo inserimento in lista, variazione o cancellazione di qualsiasi campo viene salvata su una tabella di registrazione con tracciabilità di Operatore, data e ora;*
- *è presente un sistema di abilitazione degli Utenti articolato, con condivisione dei dati in lettura ma con permessi di scrittura riservati. In termini esemplificativi :Il Chirurgo può*

*inserire i dati Paziente, solo per Paziente chirurgico. L'Anestesista può leggere i dati inseriti da tutti gli Specialisti, ma può inserire o modificare solo i dati di pertinenza anestesiologicala, condivisi a loro volta in lettura da tutti gli altri Specialisti.*

- *esistono profili dedicati alla sola consultazione o all'attività statistica.*

### Definizioni

Nella valutazione iniziale del Paziente il Medico prende in considerazione fattori quali *la patologia, le condizioni cliniche, la presenza di dolori e/o di deficit funzionali o altre complicanze legate alla patologia, ....* ed assegna una delle seguenti 4 classi di priorità:

- **Classe A** (ricovero entro 30 giorni): casi clinici che possono aggravarsi sino a diventare emergenti
- **Classe B** (ricovero entro 60 giorni): casi clinici che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
- **Classe C** (ricovero entro 180 giorni): Pazienti che presentano dolore e/o disfunzione o inabilità minimi in casi clinici che non manifestano la tendenza ad aggravarsi
- **Classe D** (ricovero entro 12 mesi): Pazienti che non presentano dolore e/o disfunzione o inabilità.

### DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO

**Attività 1-valutazione del Paziente:** il Medico specialista visita il Paziente e sulla base delle valutazioni effettuate (*anamnesi, obiettività, notizie cliniche, presenza di dolore e/o di disabilità*) decide per l'indicazione al ricovero e relativa urgenza (*classe di priorità*). Formula un referto che indirizza al medico curante e prepara la *proposta di ricovero* in cui esplicita in particolare *diagnosi o sospetto diagnostico, classe di priorità e data della valutazione* predisponendo anche l'impegnativa SSR nei casi previsti.

**Preparazione**=Medico Specialista.

**Autocontrollo** sulla base di Percorsi Diagnostico-Terapeutici approvati o linee guida validate dalla comunità medico-scientifica.

Il Paziente si reca all'Ufficio Ricoveri per la prenotazione.

**Attività 2- inserimento in lista d'attesa:** il nominativo del Paziente viene inserito in lista d'attesa oltre alle seguenti informazioni: *nome cognome recapito telefonico indirizzo, diagnosi di ingresso, trattamento previsto, classe di priorità, medico proponente, data della proposta di ricovero, data di inserimento in lista*. Tutte queste informazioni sono riferite ad un progressivo univoco di inserimento in lista assegnato automaticamente dall'applicativo software e non modificabile. L'Operatore spiega al paziente che sarà richiamato per la comunicazione della data degli *accertamenti pre-ricovero*, quindi per la comunicazione della data della visita anestesiologicala, del ricovero e dell'intervento (*solo pazienti chirurgici*) e consegna al Paziente il foglio pro-memoria.

**Preparazione**=Operatore Ufficio Ricoveri.

**Autocontrollo.**

**Attività 3-formazione delle liste operatorie** (solo ricoveri chirurgici): sulla base della disponibilità delle sale operatorie delle diverse branche specialistiche il Medico Specialista predispose le liste operatorie settimanali inserendovi i nominativi dei Pazienti che rispondono ai criteri di priorità definiti. Comunica le liste all'Ufficio Ricoveri dopo averle sottoposte all'approvazione del Medico Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione.

**Preparazione**= Medico Specialista.

**Controllo**= Medico Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione.

PROCESSO  
SENSIBILE

4a

GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER  
L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA**Attività 4-formazione delle liste dei ricoveri programmati.**

**ricovero chirurgico** sulla base delle liste operatorie settimanali l'Operatore dell'Ufficio Ricoveri contatta i Pazienti per comunicare le date di *pre-ricovero* e della *visita anestesiologicala* e successivamente li ricontatterà per le date di *ricovero* e dell'*intervento chirurgico*.

**ricovero medico / internistico** sulla base della disponibilità di posti letto l'Operatore dell'Ufficio Ricoveri contatta i Pazienti per comunicare le date di *ricovero*.

In entrambi i casi aggiorna la lista d'attesa con le date concordate col Paziente.

**Preparazione**= Operatore Ufficio Ricoveri.

**Autocontrollo.**

**Attività 5-modifiche dell'ordine di accesso** (liste di nominativi): qualora si modifichino le condizioni cliniche del Paziente, oppure il Paziente intende rinviare l'intervento per motivi personali, *oppure l'impatto della gestione delle urgenze di PS è tale da richiedere spostamenti ad altra data e/o rinvii di nominativi di pazienti già presenti in lista di attesa* è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità *previa autorizzazione del Medico Specialista*. In tal caso il Medico o l'Operatore dell'Ufficio Ricoveri, *su ordine medico*, annota sulla lista di attesa la data delle modifiche e le relative motivazioni.

**Preparazione**= Medico Specialista o Operatore Ufficio Ricoveri.

**Attività 6-rinunce e rinvii:** qualora il Paziente convocato rinunci o rinvii volontariamente il ricovero e/o l'intervento, l'Operatore dell'Ufficio Ricoveri *avvisa il Medico Specialista*, annota *l'accadimento in* lista d'attesa *specificandone* la motivazione *e richiede al Medico di convalidare la notazione in lista apponendovi la propria firma*.

**Preparazione**= Medico Specialista o Operatore Ufficio Ricoveri.

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

5. "Concussione" esercitata dal pubblico ufficiale o dall'incaricato di pubblico servizio (medico, impiegato, infermiere) con lo scopo di "procurare a sé denaro" per velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento di un nominativo in una lista di accesso prioritario alle prestazioni di ricovero.

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		4a		GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<		(dati da inserire in fase di analisi)				□>	
□<		(dati da inserire in fase di analisi)				□>	
<p>modo 1: indurre l'Utente ad una ingiusta dazione di denaro</p> <p>rischio di reato: CONCUSSIONE</p> <p>effetto: velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento del nominativo dell'Utente in una lista di accesso prioritario alle prestazioni di ricovero</p>	10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (es. aggiornamento e tenuta delle liste d'attesa).</li> <li>2. Le attribuzioni di responsabilità sono definite e note all'Organizzazione</li> <li>3. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post (<i>programma mattone ricoveri</i>).</li> <li>4. <b>Ogni inserimento in lista di un nominativo paziente è identificato da un codice univoco e data.</b></li> <li>5. <b>La stampa dei rinvii di interventi contiene le motivazioni e le nuove date concordate.</b></li> <li>6. <b>La profilazione "per competenza" dei diritti di accesso ai dati limita i gradi di libertà dell'Utente nella modifica di dati ed informazioni.</b></li> <li>7. È attivo un sistema di profilatura degli accessi ai dati delle liste di attesa gestite informaticamente.</li> </ol>	2	7	140	<p><b>1. Sensibilizzare tutti i medici alla compilazione della proposta di ricovero informatizzata.</b></p>	

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>4a</b>		<b>GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO AI RICOVERI IN ELEZIONE. CLINICA</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	
							>□

**Considerazioni a seguito della riunione ODV del 18.10.2018:**

**1. gli ulteriori elementi 4,5,6 evidenziati nella colonna “misure preventive già in atto” contribuiscono ad aumentare la capacità di intercettazione di eventuali tentativi di commissione illeciti e la riduzione a 140 dell’IPR già assegnato.**

Indice di Gravità<sub>(G)</sub> del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell’ottica delle ricadute sull’immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di concussione.

Indice di Probabilità<sub>(P)</sub> dell’accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità<sub>(R)</sub> del problema colonna5 7 = **bassa probabilità** che il problema / l’errore sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno data, ad esempio, dalla carenza di controlli incrociati.

L’Indice IPR **140**, risultato del prodotto GxPxR, superiore alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo richiede misure aggiuntive di prevenzione.

## 2.9 Processo sensibile 4b: GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA

### Premessa

La formazione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene con l'alimentazione delle agende informatiche che la Clinica ha organizzato per le singole specialità e per i singoli specialisti. I pazienti accedono alle prestazioni telefonicamente, *via mail* o allo sportello in convenzione con il SSN attraverso l'impegnativa senza la scelta nominale del medico oppure a tariffa agevolata, sempre senza poter scegliere il medico, o in regime privato potendo, in quel caso, scegliere il professionista.

### Responsabilità

- **Direttore Sanitario:** è responsabile del rispetto delle indicazioni Ministeriali che comprendono la corretta conservazione, il rispetto e la trasparenza delle agende di prenotazione<sup>Nota1</sup>.

Nota1: per quanto riguarda alcune delle prestazioni con il SSN l'Operatore deve rispettare i tempi di attesa previsti dalla Regione Lombardia relativamente alle classi di priorità.

- **Medico Specialista prescrittore:** è responsabile di formulare prescrizioni complete di tutte le informazioni richieste in particolare il *quesito diagnostico*, la *classe di priorità* coerente con le condizioni cliniche del Paziente, il tipo di accesso (*primo accesso, controllo, follow-up*).
- **Responsabile U.O. Percorso e Gestione Utenza:** è responsabile della tenuta e della conservazione delle agende di prenotazione nel rispetto delle indicazioni Regionali. Collabora con la Direzione Sanitaria nelle attività di monitoraggio delle agende.

### Strumenti

*Programma PRIAMO-Prenotazione* = applicativo software, acquisito dal commercio, che garantisce l'accesso ai dati tramite autenticazione informatica oltre che la tracciabilità di ogni operazione di inserimento-modifica-cancellazione e che consente di gestire tutti i campi necessari, in particolare:

- le informazioni inerenti al Paziente quali *nome e cognome Paziente, data di nascita, codice fiscale, sesso, .....*, *quesito diagnostico, classe di priorità, ...*
- le informazioni gestionali quali *nome del medico prescrittore, prestazione, data della prescrizione, numero impegnativa (se SSN), data della prenotazione, data e ora previste per la prestazione, nome del medico erogatore, data prospettata per la prestazione (se Paziente rifiuta la data proposta), tipo di accesso.*

### Classi di priorità

La normativa regionale (DGR 2828/2006 e s.m.i.) stabilisce le seguenti classi di priorità:

- **Classe U=Urgente:** procedura sollecita da eseguirsi entro 72 ore + apposizione del bollino verde (le 72 ore sono calcolate da calendario);
- **Classe B: Procedura Breve entro 10 giorni**
- **Classe D:** Differibile per procedura di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le indagini strumentali;
- **Classe P:** Programmata per le prestazioni da eseguirsi in un arco temporale non oltre i 120 giorni ed in riferimento ad aree di rischio specifiche.

**La valorizzazione del campo priorità è obbligatoria solo per i primi accessi e non per i controlli.**

**Le classi B e D sono oggetto di monitoraggio regionale secondo le indicazioni ministeriali del PNE Piano Nazionale Esiti.**

**PROCESSO  
SENSIBILE****4b****GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER  
L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA****DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO**

**Attività 1-prenotazione del Paziente esterno:** l'Operatore, guidato dal software, ricerca il primo posto libero per la prestazione richiesta rispettando le priorità specificate nella prescrizione; se il Paziente si presenta allo sportello gli vengono consegnati foglio promemoria ed istruzioni di preparazione mentre nel caso di prenotazione telefonica le stesse informazioni gli sono comunicate verbalmente; per esami con preparazioni particolari *se il paziente è munito di mail vengono inviate contestualmente alla prenotazione telefonica altrimenti si invita il paziente a presentarsi agli sportelli per il ritiro.*

**Preparazione=**Operatore del Servizio Gestione Utenza.

**Autocontrollo.**

---

**Attività 2-modifiche dell'ordine di accesso o rinunce:** qualora il Paziente convocato rinunci volontariamente alla prestazione già prenotata l'Operatore provvede ad occupare lo spazio creatosi con le prime prenotazioni pervenute.

**Preparazione=**Operatore del Servizio Gestione Utenza.

**Autocontrollo.**

---

**Attività 3-rifiuto della data proposta:** qualora il Paziente rifiuti la data proposta per la prestazione l'Operatore evidenzia e registra questa particolarità sfruttando il campo *data prospettata.*

**Preparazione=**Operatore del Servizio Gestione Utenza.

**Autocontrollo.**

---

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

6. "Concussione" esercitata dal pubblico ufficiale o dall'incaricato di pubblico servizio (medico, impiegato, infermiere) con lo scopo di "procurare a sé denaro" per velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento di un nominativo in una lista di accesso prioritario alle prestazioni ambulatoriali.
-

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		4b		GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >□	
modo 1: indurre l'Utente ad una ingiusta dazione di denaro  rischio di reato: CONCUSSIONE  effetto: velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento del nominativo dell'Utente in una lista di accesso prioritario alle prestazioni ambulatoriali	<b>10</b>	1. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (es. aggiornamento e tenuta delle agende di prenotazione)  2. Le attribuzioni di responsabilità sono definite e note all'Organizzazione  3. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post ( <i>programma prenotazioni ed accettazioni ambulatoriali</i> ).  4. È attivo un sistema di profilatura degli accessi ai dati delle agende di prenotazione gestite informaticamente.	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>120</b>	<b>Nessuna</b>		

**Considerazioni a seguito della riunione ODV del 18.10.2018:**

**1. gli ulteriori elementi 4,5,6 già richiamati nella colonna "misure preventive già in atto" della tabella FMEA del processo 4a ma altrettanto validi per il processo 4b contribuiscono ad aumentare la capacità di intercettazione di eventuali tentativi di commissione illeciti e la riduzione a 120 dell'IPR già assegnato.**

Indice di Gravità<sub>(G)</sub> del danno <sub>colonna2</sub> 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di concussione.

Indice di Probabilità<sub>(P)</sub> dell'accadimento <sub>colonna4</sub> 2 = bassa probabilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità<sub>(R)</sub> del problema <sub>colonna5</sub> 6 = **moderata probabilità** che il problema / l'errore sfugga al sistema di autocontrollo interno non essendo disponibili, al momento, procedure automatiche di controllo e visto l'alto volume delle attività ambulatoriali.

L'Indice IPR **120**, risultato del prodotto GxPxR, **supera leggermente** la soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo **e non richiede** misure aggiuntive di prevenzione.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>4b</b>	<b>GESTIONE TRASPARENTE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CLINICA</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)				> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>4c</b>	<b>GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA</b>
-------------------------------	-----------	--

## 2.10 Processo sensibile 4c: GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA

**Riferimenti documentali:** il **DOCUMENTO SUI REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI** descrive al capitolo “modalità di accesso” ed al capitolo “La lista di attesa” coordinati con i corrispondenti flowchart presenti nel documento **PROGETTO OSPITE** i criteri di formazione e di gestione delle liste di attesa e di convocazione dell’Ospite a fronte della disponibilità di un posto letto. In questo processo il **Referente Medico della RSA** valuta le schede conoscitive degli Ospiti in attesa dell’inserimento in Residenza e formula il giudizio circa **l’appropriatezza all’inserimento in lista di attesa** mentre l’Impiegata amministrativa, alla riconsegna della scheda sanitaria conoscitiva accettata dal Medico, comunica all’Ospite e/o ai familiari l’avvenuto inserimento in lista di attesa e, quando si creano le condizioni, la convocazione per il ricovero.

Le domande accettate vengono poste in lista d'attesa in ordine cronologico **con priorità riservata ai pazienti in dimissione dall’attigua Clinica San Carlo**.

**Inoltre la RSA dispone di tre posti letto convenzionati con il Comune di Paderno Dugnano, destinati all’accoglienza di persone segnalate dal Servizio Sociale Municipale.**

### Descrizione sintetica del funzionamento

**Attività 1-rilevazione della scheda conoscitiva dell’Ospite:** la Segreteria RSA riceve la scheda conoscitiva dell’Ospite (dal Medico di Medicina Generale o dal Medico del reparto dimettente) e ne attesta il ricevimento apponendo ad essa un timbro recante la data di ricevimento. Quindi inserisce la scheda in un raccoglitore ordinato per data crescente.

**Preparazione**=Medico di Medicina Generale oppure Medico di reparto della Struttura inviante.

**Controllo**= Segreteria RSA.

**Attività 2- valutazione medica della scheda conoscitiva dell’Ospite:** il **Referente Medico** della RSA valuta la scheda conoscitiva sulla base di criteri definiti<sup>nota1, nota2</sup>. Esplicita l’esito della valutazione <sup>nota3</sup> direttamente **sulla** scheda apponendovi data, timbro e firma incluse eventuali motivazioni di rifiuto. Rende la scheda valutata alla Segreteria RSA che la dispone in un altro raccoglitore ordinato per la convocazione (*priorità + data valutazione scheda conoscitiva*).

nota 1-criteri di esclusione: patologia psichiatrica attiva con disturbi comportamentali gravi. nota 2: priorità di accesso: **pazienti dimessi provenienti dai reparti di degenza di Clinica San Carlo; persone segnalate dal Servizio Sociale Municipale, nell’eventuale disponibilità di posto letto convenzionato.**

nota 3-esiti: in caso di rifiuto viene apposta nota di motivazione.

**Preparazione**= **Referente Medico della RSA**

**Attività 3-gestione lista di attesa e convocazione dell’Ospite:** **la lista di attesa si compone delle domande ordinate secondo la data di accettazione e costituisce lo strumento di riferimento per la chiamata nel momento in cui un posto letto si rende disponibile.** La Segreteria RSA, a fronte della disponibilità del posto letto, contatta l’Ospite o i familiari per comunicare la data di ingresso prevista; contestualmente impegna il posto letto con il nominativo dell’Ospite ed aggiorna la lista degli ingressi che comunica al Medico RSA ed al Coordinatore Infermieristico. La lista degli ingressi evidenzia, in particolare, la data programmata per il ricovero dell’Ospite.

È cura della Segreteria RSA aggiornare la situazione di occupazione dei posti letto in occasione di dimissioni e decessi.

**Preparazione**= Segreteria RSA.

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>4c</b>	<b>GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA</b>
-------------------------------	-----------	--

7. “Concussione” esercitata dall’incaricato di pubblico servizio (medico, impiegato, infermiere) con lo scopo di “procurare a sé denaro” per velocizzare una pratica o ottenere l’inserimento di un nominativo in una lista di accesso prioritario alle prestazioni di ricovero in Residenza.
-

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		4c		GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >□	
<p>modo 1: indurre l'Utente ad una ingiusta dazione di denaro</p> <p>rischio di reato: CONCUSSIONE</p> <p>effetto: velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento del nominativo dell'Utente in una lista di accesso prioritario alle prestazioni di ricovero in Residenza</p>	<b>10</b>	<p>1. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (es. aggiornamento e tenuta delle schede conoscitive dell'Ospite, delle liste degli ingressi in RSA, ....). <b>In particolare:</b></p> <p><b>a. la scheda conoscitiva viene compilata dal medico che ha in carico la persona richiedente (MMG, medico ospedaliero, medico di altra struttura protetta). La stessa scheda conoscitiva viene poi visionata, ai fini dell'inserimento nella lista di attesa della RSA, dal Referente medico della RSA stessa;</b></p> <p><b>b. la data di ingresso dell'ospite non è decisa da un operatore della RSA, ma è strettamente correlata alla data di accettazione ed inserimento in lista di attesa della scheda conoscitiva.</b></p> <p><b>Come specificato nel "Documento sui requisiti organizzativi e gestionali" a pag.9: "La lista di attesa si compone delle domande accettate che sono ordinate secondo la data di accettazione. Tale lista di attesa costituisce lo strumento di riferimento per la chiamata nel momento in cui un posto letto si rende disponibile. Viene data priorità ai casi definiti a pag.53, paragrafo "attività 2" del presente documento. La lista di attesa è consultabile on-line sul sito dell'ATS Città Metropolitana di Milano".</b></p> <p>2. Le attribuzioni di responsabilità sono definite e note all'Organizzazione</p> <p>3. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.</p>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>NESSUNA</b>		

## D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>4c</b>	<b>GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA. RSA</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
					>□	

Indice di Gravità<sub>(G)</sub> del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di concussione.

Indice di Probabilità<sub>(P)</sub> dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità<sub>(R)</sub> del problema colonna5 2 = **alta** probabilità che il problema / l'errore sia rilevato dal sistema di autocontrollo **data l'ampiezza dei controlli incrociati ed automatizzati.**

L'Indice IPR **40**, risultato del prodotto GxPxR, **significativamente inferiore** alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo **non** richiede misure aggiuntive di prevenzione.

Nota: IPR=Indice di Probabilità del Rischio.

**2.11 Processo sensibile 5: SELEZIONE DEL PERSONALE. CLINICA**

**Riferimenti documentali:** la Procedura di Struttura denominata “SELEZIONE DEL PERSONALE” descrive il processo a partire dalla nascita del fabbisogno sino al reperimento della risorsa. La procedura pone dei principi di buona pratica correlate alla mission della struttura, in particolare richiede che:

1. le posizioni oggetto di ricerca siano coperte da candidati con requisiti appropriati per il ruolo ricercato;
2. sia rispettata la normativa vigente in Italia sulle pari opportunità.

Inoltre identifica principi generali finalizzati a garantire la separazione delle funzioni nelle diverse fasi del processo, la registrazione scritta dei controlli effettuati, la qualità delle registrazioni in termini di completezza, rintracciabilità delle decisioni e degli autori.

La Procedura riguarda il reperimento delle risorse umane, ai vari livelli di responsabilità, con cui viene stipulato contratto individuale di lavoro dipendente o autonomo, delle diverse unità di offerta sanitarie, socio-sanitarie e di service di Medicina del Lavoro.

**Riferimenti di Sistema:** il processo opera nell’ambito di un sistema di gestione per la qualità certificato secondo ISO 9001 in cui la sensibilità degli Operatori, in particolare degli auditors interni e dei Referenti Qualità, a segnalare situazioni non coerenti con le buone pratiche condivise ed approvate è già piuttosto sviluppata.

**Descrizione sintetica del funzionamento**

**Attività 1-identificazione del fabbisogno di risorse:** il bisogno di risorse è documentato su specifica richiesta e sostenuto da evidenze oggettive relative ad uno o più dei seguenti fattori: standard normativi nuovi o modificati, maggiore complessità assistenziale del Paziente, ulteriori standard di qualità e sicurezza del Paziente e dell’Operatore, accresciuta domanda di prestazioni.

**personale amministrativo**

**Preparazione**=Responsabile Ufficio o Servizio

**personale sanitario non medico**

**Preparazione**= Responsabile SITRA ospedaliero o SITRA socio-sanitario

**personale sanitario medico**

**Preparazione**= Medico Responsabile Unità Operativa / Servizio

**personale responsabile medico o amministrativo**

**Preparazione** = Direzione Sanitaria e Direzione Generale

**Attività 2-definizione dei requisiti della posizione funzionale vacante:** le job-descriptions definiscono i requisiti di ogni posizione, mentre i *privileges* clinici ne esplicitano le attribuzioni.

**Attività 3-valutazione della richiesta:** il Responsabile Risorse Umane effettua un’analisi di concerto con i Responsabili delle altre Direzioni/Servizi/ Uffici e valutata l’opportunità di ricorrere alla mobilità interna o al reperimento nel mercato del lavoro. Nel primo caso il Responsabile Servizio Risorse Umane indica i nominativi dei dipendenti che potrebbero ricoprire la posizione vacante.

**PROCESSO  
SENSIBILE****5****SELEZIONE DEL PERSONALE****Preparazione**= Responsabile Servizio Risorse Umane**Approvazione** = Direzione Generale

**Attività 4- mobilità interna:** viene identificata la risorsa, con il Responsabile di linea diretta e formulata la valutazione di congruenza.

**Preparazione** =Responsabile Risorse Umane**Approvazione** = Direzione Generale

**Attività 5- reperimento della risorsa nel mercato del lavoro:** viene eseguita la ricerca delle candidature attraverso diversi canali, quindi identificata la rosa dei candidati ritenuti più idonei che, in possesso dei requisiti minimi di qualifica, dimostrino anche un *curriculum studiorum* ed esperienze professionali più aderenti ai requisiti della posizione vacante. Viene eseguito un primo colloquio conoscitivo attitudinale, poi un colloquio tecnico-professionale ed un terzo colloquio per l'inquadramento economico-contrattuale. Il Presidente del CdA effettua la scelta finale sottoscrivendo il contratto di assunzione o di collaborazione libero-professionale.

**personale amministrativo****Preparazione** = Responsabile Servizio Risorse Umane (colloquio conoscitivo-attitudinale)**Controllo 1** = Responsabile Ufficio/Servizio (colloquio tecnico-professionale)**Controllo 2**= Responsabile Risorse Umane (colloquio per inquadramento economico-contrattuale)**Autorizzazione** = Direzione Generale**Approvazione**= Presidente**personale sanitario non medico****Preparazione** = Responsabile Servizio Risorse Umane e SITRA ospedaliero o SITRA sociosanitario (colloquio conoscitivo-attitudinale)**Controllo 1** = Coordinatore del servizio/capotecnico (colloquio tecnico-professionale)**Controllo 2**= Responsabile Risorse Umane (colloquio per inquadramento economico-contrattuale)**Autorizzazione** = Direzione Generale**Approvazione**= Presidente**personale sanitario medico****Preparazione** = Responsabile Servizio Risorse Umane e Direttore Sanitario (colloquio conoscitivo-attitudinale)**Controllo 1** = Medico Responsabile Unità Operativa/Servizio (colloquio tecnico-professionale)**Controllo 2**= Responsabile Risorse Umane (colloquio per inquadramento economico-contrattuale)**Autorizzazione** = Direzione Generale**Approvazione**= Presidente**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi)

veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>5</b>		<b>SELEZIONE DEL PERSONALE. CLINICA</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)				> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	> <input type="checkbox"/>
modo 1: assumere soggetti aventi rapporti diretti con rappresentanti della P.A.  rischio reato:CORRUZIONE di effetto: veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni a vantaggio dell'Organizzazione	<b>10</b>	1. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (es. <i>risultati delle selezioni, risultati dei colloqui, esiti delle decisioni,...</i> )  2. Le attribuzioni di responsabilità sono definite e note all'Organizzazione  3. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.  4. Esiste una segregazione delle funzioni tale da consentire un controllo incrociato dei risultati e delle decisioni di ogni fase critica del processo sensibile	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	1.nessuna		

Indice di Gravità<sub>(G)</sub> del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di corruzione.

Indice di Probabilità<sub>(P)</sub> dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità<sub>(R)</sub> del problema colonna5 5 = moderata probabilità che il problema / l'errore sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno data, ad esempio, dalla carenza di controlli preventivi mirati all'esistenza di certe incompatibilità.

L'Indice IPR 100, risultato del prodotto GxPxR, uguale alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo non richiede misure aggiuntive di prevenzione.

Nota: IPR=Indice di Probabilità del Rischio.

**2.12 Processo sensibile 6: ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE**

**Riferimenti documentali:** la Procedura di Struttura denominata *ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE* descrive il processo a partire dall'identificazione del candidato sino alla definizione del contratto ed all'assunzione. La procedura pone dei principi di buona pratica correlate ai principi del Codice Etico ed in particolare richiede che:

- sia rispettata la normativa vigente in Italia ed il CCNL di riferimento;
- il modello di contratto escluda promesse di erogazione di partecipazioni al fatturato, incentivi o altre utilità commisurati al risultato finanziario aziendale.

Inoltre identifica principi generali finalizzati a garantire la separazione delle funzioni nelle diverse fasi del processo, la registrazione scritta dei controlli effettuati, la qualità delle registrazioni in termini di completezza, rintracciabilità delle decisioni e degli autori.

**Riferimenti di Sistema:** il processo opera nell'ambito di un sistema di gestione per la qualità certificato secondo ISO 9001 in cui la sensibilità degli Operatori, in particolare degli auditors interni e dei Referenti Qualità, a segnalare situazioni non coerenti con le buone pratiche condivise ed approvate è già piuttosto sviluppata.

**Descrizione sintetica del funzionamento**

**Attività 1-definizione del contratto (assunzione o collaborazione libero professionale):** a fronte del profilo del candidato e della posizione da ricoprire il Responsabile Servizio Risorse Umane propone al Direttore Generale, per autorizzazione, inquadramento, retribuzione, tipo di contratto (dipendenza/libera professione)

**Preparazione**= Responsabile Servizio Risorse Umane

**Controllo / Autorizzazione**= Direttore Generale

**Attività 2-raccolta della documentazione contrattuale:** l'utilizzo di apposita check-list (modulo 1293 "Documenti fascicolo personale neo-inserito" permette di raccogliere e controllare l'adeguatezza della documentazione necessaria per la costituzione del rapporto di lavoro, in particolare di *elementi sensibili* attestanti le credenziali (*Curriculum Vitae in formato europeo, titolo/i di studio o professionale, certificato di Laurea in Medicina, certificato di specialità, certificato di Abilitazione, iscrizione all'Albo Professionale, attestati di partecipazione a corsi ECM*) e l'assenza di incompatibilità (*autocertificazione*).

**Preparazione**= Operatore Servizio Gestione Risorse Umane.

**Controllo**= Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane.

**Attività 3-finalizzazione del contratto:** il Responsabile del Servizio Gestione Risorse Umane prepara il contratto. Il contratto viene firmato dal Presidente, ad evidenza della sua autorizzazione all'inserimento della risorsa.

**Preparazione**= Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane.

**Controllo / Autorizzazione** = Presidente.

**Attività 4-prova:** il personale assunto (è escluso il personale legato alla Clinica da contratti di collaborazione libero professionale) deve sostenere un periodo di prova la cui durata è stabilita dal CCNL di riferimento. Il patto di prova deve necessariamente essere siglato contestualmente alla stipulazione del contratto di lavoro e comunque prima dell'esecuzione dello stesso. Il patto stipulato successivamente è

**PROCESSO  
SENSIBILE****6****ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE**

nullo, ed il rapporto assume immediatamente il carattere definitivo. All'approssimarsi della scadenza del periodo di prova, viene redatta una Scheda di Valutazione che ha l'obiettivo di determinare se la risorsa deve essere confermata o meno in servizio. È comunque prevista una valutazione intermedia dopo un periodo di 3 mesi per periodi di prova di 6 mesi e dopo 1 mese per periodi di prova di 2 mesi. A

**personale amministrativo tecnico/operaio****Preparazione**=Responsabile Ufficio /Servizio**Verifica**= Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane**Approvazione**= Presidente**personale amministrativo di staff/direttori****Preparazione** = Direttore Generale**Verifica**= Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane**Approvazione**= Presidente**personale sanitario non medico infermieristico/tecnico****Preparazione**= Coordinatore Infermieristico/Tecnico**Verifica**= Responsabile SITRA ospedaliero e socio-sanitario, Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane**Approvazione**= Presidente**personale sanitario di coordinamento (coordinatori infermieristici/tecnici)****Preparazione**= Responsabile SITRA ospedaliero e socio-sanitario**Verifica**= Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane e Direttore Sanitario**Approvazione**= Presidente**personale medico****Preparazione**= Medico Responsabile Unità Operativa / Servizio**Verifica**= Direttore Sanitario, Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane**Approvazione**= Presidente**personale medico responsabile di unità operativa/servizio****Preparazione**= Direttore Sanitario**Verifica**= Direzione Generale e Responsabile Servizio Gestione Risorse Umane**Approvazione**= Presidente**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi)

veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni.

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		6 ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□< (dati da inserire in fase di analisi)			>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo)	
<p>modo: promettere incentivi commisurati al fatturato</p> <p>rischio di reato: AL ISTIGAZIONE COMPORTAMENTO ILLECITO</p> <p>effetto: creare le condizioni per perseguire maggiori profitti in modo illecito (es. erogazione di prestazioni inappropriate)</p>	10	<p>1. Sono disponibili norme interne e disposizioni idonee a fornire principi di comportamento e modalità operative delle attività sensibili (es. <i>risultati delle selezioni, risultati dei colloqui, esiti delle decisioni, contenuti minimi dei contratti, requisiti per accedere alle posizioni funzionali,...</i>)(collegamento al processo sensibile <i>selezione del personale</i>)</p> <p>2. Il sistema di incentivazione integrativo ai contratti (ove previsto) esclude partecipazioni dirette al fatturato o altre utilità commisurate unicamente al risultato economico / finanziario; l'erogazione degli importi è sempre legata al raggiungimento di obiettivi qualitativi e di performance in misura pari a circa il 60% dell'importo massimo erogabile.</p> <p>3. Le credenziali sono fornite in originale o in copia autenticata e di esse è documentata la verifica alla fonte.</p> <p>4. Ogni neoassunto è sottoposto ad un periodo di prova e ad alla valutazione da parte di più persone</p> <p>5. Le attribuzioni di responsabilità sono definite e note all'Organizzazione</p> <p>6. Ogni operazione sensibile è documentata e tracciabile affinché sia sempre possibile un controllo ex-post.</p> <p>7. Esiste una segregazione delle funzioni tale da consentire un controllo incrociato dei risultati e delle decisioni di ogni fase critica del processo sensibile</p>	2	3	60	<p>1. Descrivere in una procedura il funzionamento del sistema di incentivazione.</p>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>6</b>	<b>ASSUNZIONE E CONTRATTI DI LIBERA PROFESSIONE</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)				>□	□< (dati da inserire in fase di revisione del processo)		>□

Indice di Gravità<sub>(G)</sub> del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell’ottica delle ricadute sull’immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di istigazione al comportamento illecito.

Indice di Probabilità<sub>(P)</sub> dell’accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento

Indice di Rilevabilità<sub>(R)</sub> del problema colonna5 3 = alta probabilità che il problema / l’errore sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

L’Indice IPR 60, risultato del prodotto GxPxR, inferiore alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo non richiede misure aggiuntive di prevenzione.

Nota: IPR=Indice di Probabilità del Rischio.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>7</b>	<b>ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

### 2.13 Processo sensibile 7: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA

#### Responsabilità

- Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali;
- Responsabile Farmacia,

entro i confini posti dalle procedure aziendali legati in particolare alle classi merceologiche di competenza dei due responsabili citati. Inoltre:

- Direttrice Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario

#### Descrizione sintetica del funzionamento

##### Premessa

Le responsabilità e le modalità organizzative ed operative di approvvigionamento sono descritte nelle procedure interne della Clinica Polispecialistica San Carlo, appositamente codificate ed approvate.

Il processo di acquisto degli approvvigionamenti dell'Ufficio Acquisti è descritto nella procedura n.142 "Approvvigionamenti Ufficio Acquisti e Servizi Generali" appositamente codificata ed approvata a cui si rinvia. L'Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali si occupa dell'acquisto di beni (es. *apparecchiature biomediche, materiale di radiologia, reagenti di laboratorio, cancelleria, stampati, materiali di pulizia, arredi*) e di servizi quali *ingegneria clinica, ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti, guardaroba, portineria* oltre che delle utenze (*gas, acquedotto, energia elettrica, telecomunicazioni*).

Inoltre, si occupa dell'acquisto di beni (es. *macchinari e/o impianti meccanici, idro-sanitari, elettrici, di distribuzione gas medicali*) e servizi quali *manutenzione, verifiche di sicurezza su apparecchiature a pressione (sterilizzatori a vapore), impianti elettrici, meccanici, gas medicali, elevatori, antincendio*) su indicazione tecnica del Responsabile dell'Ufficio Tecnico e Manutenzione

La Farmacia si occupa dell'acquisto di *farmaci (inclusi stupefacenti), dispositivi medici, disinfettanti, dietetici, diagnostica rapida per l'autodeterminazione della glicemia, mezzi di contrasto, soluzioni perfusionali*, per tutti gli articoli compresi nel Prontuario dei Farmaci e dei Dispositivi (depositato presso la Direzione Sanitaria).

Il processo di acquisto si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione e qualifica dei fornitori;
  2. Gestione delle richieste di acquisto;
  3. Gestione degli ordini di acquisto;
  4. Gestione dei contratti di fornitura;
  5. Controllo delle consegne di prodotti e servizi;
6. Controllo del pagamento delle fatture passive.

---

#### Attività 1-valutazione e qualifica dei fornitori.

*Le attività di valutazione e di rivalutazione del fornitore avvengono con cadenza annuale in concomitanza con il riesame di direzione. Ogni fornitore ha un rating di valutazione con validità annuale. Ogni nuovo fornitore viene inquadrato in base ad un questionario con item il cui punteggio determina il rating del fornitore, anche sulla base di documentazione e certificazioni inviate dal fornitore stesso, in particolare per la Farmacia. Non è raro acquisire referenze presso clienti già serviti dai nuovi fornitori candidati oppure utilizzare la modalità della "prova visione" per sottoporre il prodotto a verifica di adeguatezza da parte degli utilizzatori / dell'Ingegneria Clinica preventiva all'emissione dell'ordine / contratto.*

Il Responsabile dell'acquisto (*Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Farmacia*) definisce il

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>7</b>	<b>ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

programma di Qualifica (**preparazione**) basato su una serie di indagini conoscitive più o meno estese a seconda della criticità e reperibilità dei prodotti, dell'entità delle forniture e delle informazioni già disponibili. Elementi qualificanti considerati in queste indagini conoscitive sono, ad esempio, *referenze di Settore, competenza per fornire i beni / i servizi richiesti, possesso dell'autorizzazione all'esercizio nei casi previsti (es. smaltimento rifiuti, trasporto pazienti), possesso della Certificazione ISO 9001, capacità di fornire documentazione di conformità di prodotti e servizi, rapporto qualità/prezzo, puntualità delle consegne, capacità di supporto nella risoluzione di problemi, capacità di erogare formazione agli utilizzatori, storicità del rapporto di fornitura, impegno di adesione al Codice Etico del Committente.*

La qualifica di un fornitore ha durata annuale, e durante tale periodo la qualifica può essere revocata in funzione dei risultati di qualità e puntualità conseguiti.

Il processo di qualifica dei fornitori è strettamente collegato all'attività di verifica della qualità dei servizi dei prodotti/servizi esterni. Questo crea un sistema dinamico che permette di mantenere costantemente ed efficientemente sotto controllo l'area fornitori e consente di aumentare o diminuire i livelli di controllo a seconda dei risultati qualitativi raggiunti **con l'obiettivo di ottenerne un recupero di efficienza a parità di livelli di servizio garantiti**. I risultati dei controlli al ricevimento sono memorizzati su sistema informatico a meno di non conformità che vengono notificate al fornitore per i necessari correttivi (**controllo**).

In base alle valutazioni delle forniture, il Responsabile dell'acquisto può decidere variazioni allo stato di Qualifica, registrandole sulla Scheda di Qualifica Fornitore ed aggiornando la Lista Fornitori Qualificati (**autorizzazione**).

**Preparazione**=Responsabile Acquisti, Servizi e Affari Generali o Responsabile Farmacia.

**Controllo**=Operatori Ufficio Acquisti o Operatori Farmacia.

**Autorizzazione**= Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Responsabile Farmacia.

**Attività 2-gestione delle richieste di acquisto:** in ogni Unità Operativa il controllo delle scorte è effettuato quotidianamente dal Coordinatore Infermieristico o Tecnico con la verifica di tutti i farmaci ed i dispositivi medici. Le richieste di approvvigionamento sono accettate solo se comunicate per iscritto **per via** telematica o cartacea, sulla modulistica aziendale prevista per lo specifico tipo di acquisto.

Se l'approvvigionamento è di farmaci o dispositivi medici inseriti nel *Prontuario Ospedaliero* le richieste sono prodotte utilizzando il sistema informatico SYS-CLINIQUE, inviate alla Farmacia. L'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico e Dispositivi avviene a seguito del confronto tra il Responsabile Farmacia ed il Responsabile dell'UO utilizzatrice (**autorizzazione**).

Se si tratta dell'introduzione di una nuova procedura o della revisione di una procedura già in atto con lo scopo di migliorarla che determinano una variazione del materiale in uso, la richiesta di acquisto deve essere effettuata dal Medico Responsabile di UO (**preparazione**) e indirizzata alla Farmacia, accompagnata da una breve relazione con le caratteristiche del materiale che specifichi i miglioramenti attesi. Il Responsabile Farmacia previa valutazione condivisa con l'utilizzatore (**controllo**) passa alla fase operativa (**autorizzazione**). Il processo di acquisto di nuove apparecchiature biomediche è complesso e guidato da una modulistica specifica che prevede che siano tracciati tutti i passaggi essenziali per giungere alla decisione di procedere o meno a partire dalla richiesta motivata del Medico (**preparazione**), passando attraverso i pareri del Direttore Sanitario (**controllo**), eventualmente del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (**controllo**), eventualmente del Responsabile dell'Ufficio Tecnico (**controllo**) e del Responsabile Farmacia qualora l'utilizzo dell'apparecchiatura richieda l'impiego di materiale dedicato (**controllo**), eventualmente dell'Esperto Qualificato o del Fisco Sanitario (**controllo**). È richiesta una valutazione finanziaria al Direttore Amministrativo (**controllo**) ed un'autorizzazione della Direttrice Generale (**autorizzazione**) Se si decide di procedere il Responsabile dell'Ufficio Acquisti richiede almeno 3 offerte a fornitori competenti e qualificati (**preparazione**), offerte che sottopone all'Ingegneria Clinica per una valutazione di fattibilità ed opportunità tecnico/economica (**controllo**) quindi alla Direttrice Generale per l'**autorizzazione** all'acquisto. *A partire dal settembre 2017 il processo di acquisizione delle tecnologie sanitarie è guidato dalla Commissione HTA Health Technology Assessment istituita con Nota PROT.*

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>7</b>	<b>ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

*161 / U / DS del 22.09.2017.*

Ad un iter simile sono assoggettate le richieste di introduzione di nuovi servizi nel qual caso la richiesta va motivata dal Responsabile della Struttura richiedente (Unità Operativa / Servizio / Ufficio) (**preparazione**), inoltrata al Responsabile Acquisti, Servizi e Affari Generali (**controllo**) che coinvolge la Direzione Competente (**controllo**) sino all'**autorizzazione** da parte della Direttrice Generale. Il Responsabile dell'Ufficio Acquisti sottopone le offerte ottenute (almeno 3) sino all'identificazione di quella più adeguata.

Le richieste di approvvigionamento dal Magazzino economale pervengono all'amministrazione tramite proposte d'ordine predisposte dal Magazziniere con l'applicativo software SYS-CLINIQUE a fronte del raggiungimento dei punti di riordino(**preparazione**)(**controllo informatico**).

**Preparazione**=Richiedente.

**Controllo**= *Commissione HTA (tecnologie sanitarie)* o *Direzione Competente (servizi esternalizzati)*.

**Autorizzazione**= Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Direzione Generale.

**Attività 3-gestione degli ordini di acquisto:** l'Operatore dell'Ufficio Acquisti o della Farmacia, tenuto conto della scorta minima e del lotto di riordino, formula l'ordine di acquisto al Fornitore prescelto (fase 2 -**preparazione**) che sottopone al Responsabile (**controllo**). Gli ordini di farmaci e dispositivi medici sono autorizzati in autonomia dal Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali (**autorizzazione**) e dalla Responsabile Farmacia per la valutazione tecnica e qualità (**controllo**) mentre quelli di competenza dell'Ufficio Acquisti sono approvati dalla Direttrice Generale (**autorizzazione**).

**Preparazione**=Operatore Ufficio Acquisti o Operatore Farmacia.

**Controllo**= Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Responsabile Farmacia.

**Autorizzazione**= Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Direttrice Generale.

#### **Attività 4-gestione dei contratti di fornitura:**

I contratti preparati dall'Ufficio Acquisti riguardano, in particolare, i servizi di: *global service tecnico / ingegneria clinica, gestione delle forniture di dispositivi medici di servizi sanitari specialistici, portineria, pulizia, noleggio e lavaggio biancheria e divise, ristorazione, smaltimento rifiuti, servizi di vigilanza, servizi di gestione bar e distributori automatici bevande,...* L'affidamento dei lavori al fornitore viene formalizzato tramite la stesura e l'approvazione di un contratto che contiene generalmente le seguenti clausole:

- oggetto e scopo;
- descrizione dei lavori e piani di attività (capitolato generale – capitolato speciale d'appalto);
- definizione interfaccia committente - fornitore;
- località ed ambiente di lavoro;
- oneri a carico del committente;
- oneri a carico del fornitore;
- norme di sicurezza;
- durata;
- prezzo;
- fatturazione;
- pagamenti.

I contratti preparati dall'Ufficio Acquisti sono verificati *dalla Direzione Competente ed* approvati dalla Direttrice Generale / *dal* Presidente del CdA nei casi indicati. Il controllo dei contratti d'appalto *da parte della Committente include la verifica dei documenti amministrativi prodotti da parte dell'appaltatore.*

**Preparazione**=Operatore Ufficio Acquisti.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>7</b>	<b>ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

**Controllo**=Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali

**Autorizzazione**= *Direttrice Generale* / Presidente.

**Attività 5-gestione delle convenzioni:** nei casi in cui l'Organizzazione debba acquisire da altre Strutture sanitarie servizi non disponibili all'interno (es. *indagini diagnostiche ad alto costo, procedure terapeutiche non erogabili quali ossigenoterapia iperbarica-cardiochirurgia, trasporto Pazienti, dosimetria, fisica sanitaria, servizi di assistenza alla persona, service laboratorio...*) l'istanza è attivata da Direzione Sanitaria che effettua anche il controllo di merito, seguita dall' Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali sino alla stipula di una convenzione formale sottoposta alla verifica e approvazione *della Direttrice Generale* / del Presidente.

**Preparazione**=Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali.

**Controllo**= Direzione Sanitaria.

**Autorizzazione**= *Direttore Generale* / Presidente.

**Attività 6-controllo delle consegne di prodotti e servizi:** per ogni ordine o contratto è previsto il controllo delle forniture erogate, sia di beni che di servizi, tramite il coinvolgimento dell'Operatore del magazzino economale o del magazzino Farmacia (**controllo fisico e documentale**). *Nel caso degli approvvigionamenti di materiale in transito il controllo è effettuato dalla Farmacia oltre che dall'utilizzatore (controllo fisico e documentale)*. Nel caso particolare di forniture di apparecchiature biomediche l'Ingegneria Clinica, dopo aver effettuato un controllo formale di corrispondenza ordine/DDT, assiste all'installazione del prodotto, verifica la disponibilità della documentazione tecnica richiesta, effettua le prove di sicurezza elettrica previste ed il collaudo, si accerta dell'avvenuta formazione on-job del personale utilizzatore ove richiesta (**controllo tecnico**).

**Controllo**=Richiedente / Fruitore dell'acquisto / Ingegneria Clinica (apparecchiature biomediche).

**Autorizzazione**=Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali o Responsabile Farmacia (valutazione tecnica e qualità).

**Attività 7-controllo del pagamento delle fatture passive:** le fatture ricevute dai fornitori sono registrate e controllate dalla Contabilità.

L'esecuzione del controllo fattura è effettuata dall'operatore della Contabilità che verifica la presenza dell'ordine sottoscritto per autorizzazione ed associa l'ordine chiuso, il DDT e la fattura ricevuta, verificando che l'importo dell'ordine chiuso sia il medesimo della fattura registrata.

In caso di incongruenza tra importo di ordine autorizzato e fattura ricevuta, il Responsabile della Contabilità informa il Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali per le opportune verifiche.

Il Responsabile dell'Ufficio Acquisti, Servizi e Affari Generali, per quanto di sua competenza, avalla le fatture ricevute dai fornitori con abbinamento della fattura alle bolle comprovanti la consegna e l'avvenuto controllo positivo della merce ricevuta.

**Controllo**= Operatore Contabilità

**Autorizzazione**= Responsabile Contabilità

Nota: i contratti e tutta la documentazione di supporto (richieste di acquisto, ordini di acquisto, ...) vengono archiviati presso l'ufficio competente. È definita una procedura che definisce le modalità di archiviazione della documentazione e le regole relative alla conservazione ed all'eliminazione dei documenti.

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi).

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>7</b>	<b>ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

8. “Produrre documenti falsi attestanti costi non sostenuti” (fatturazioni di operazioni di acquisto, di beni e servizi, inesistenti...) con lo scopo di “creare fondi e/o provviste” da impiegare in usi illeciti
- 
9. “corrompere l’esponente dell’Ente (P.A.)” con lo scopo di “ottenere trattamenti di favore da parte di Autorità di controllo e/o di vigilanza.”
-

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		7	ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA					
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<			(dati da inserire in fase di analisi)		>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)	>□
modo: emissione di fatture per forniture inesistenti rischio di reato: TRUFFA effetto: creare fondi / provviste da impiegare in usi illeciti	10	1.Processo di emissione e controllo degli ordini di acquisto. 2.Controllo dei beni e dei servizi acquistati. 3.Controllo <b>delle</b> fatture passive. 4.Controllo dei flussi finanziari aziendali.	1	4	40	Nessuna		
modo: assegnare incarico di fornitura ad aziende rispetto alle quali un soggetto avente un ruolo dirigenziale presso ente pubblico ha interessi economici rischio di reato:CORRUZIONE	10	5.Processo di selezione dei fornitori e criteri di scelta su basi oggettive. 6.Individuazione dei dirigenti che intrattengono i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale. 7. <b>Controllo centralizzato dell'Albo Fornitori predisposto dai diversi buyer, da parte della Direzione Amministrativa.</b> 8.Processo di emissione e controllo degli	2	3	60			

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		7		ACQUISTO DI BENI E SERVIZI. CLINICA E RSA					
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)				>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >□	
effetto: veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni		ordini di acquisto <b>e dei contratti.</b> <b>9. Presenza nei contratti della clausola che obblighi il fornitore all'osservanza del Codice Etico e del Modello Organizzativo 231 di Clinica San Carlo e che preveda l'immediata risoluzione del rapporto nelle ipotesi di inosservanza del Modello Organizzativo e/o del Codice Etico, nonché di elusione fraudolenta degli stessi.</b> 10. Tracciabilità di ogni singola operazione finanziaria. 11. Controllo dei flussi finanziari aziendali. 12. Controllo dei contratti di fornitura e degli ordini.							

**Considerazioni a seguito della riunione ODV del 14.06.2018:**

**2. I riferimenti al Manuale Qualità sono stati aggiornati a seguito dell'adeguamento agli standard ISO 9001:2015;**

**3. gli ulteriori elementi 7 e 9 evidenziati nella colonna "misure preventive già in atto" contribuiscono ad aumentare la capacità di intercettazione di eventuali tentativi di commissione illeciti e la riduzione a 60 dell'IPR già assegnato.**

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di truffa o di corruzione.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 1,2 = remota o bassa probabilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 3, 4 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 40÷60, inferiori alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque non sono richieste misure aggiuntive a meno di **decisioni diverse.**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>8</b>	<b>PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

## 2.14 Processo sensibile 8: PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA

### DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO

#### Premessa

Il funzionamento del Sistema di Gestione per la tutela della privacy era descritto in 2 documenti chiave (*Documento Programmatico sulla Sicurezza* ed il *Disciplinare Interno*). Con l'introduzione del nuovo Regolamento Europeo UE 679/16 sono stati predisposti nuovi documenti che hanno in parte sostituito e/o integrato quelli esistenti:

1. **Modello Organizzativo Privacy:** in questo documento è delineata la struttura organizzativa aziendale (organigrammi e piante degli edifici), finalizzata alla tutela della privacy e della sicurezza dei dati, centrata sulle figure del Titolare, dei Responsabili (società esterne, consulenti, liberi professionisti, etc.), dei delegati, degli Incaricati; vengono illustrate azioni di carattere generale attuate dal Titolare, vengono presentati i modelli di informativa e nomina, gli schemi hw e sw, la configurazione della lan e wan, le procedure interne. In ultimo è allegato il documento riepilogativo relativo agli utenti ed alle credenziali di accesso (permission, etc..).
2. **Registro dei trattamenti in qualità di Titolare** (art. 30 Regolamento UE 679/16): è un registro obbligatorio contenente i dati del Titolare, le finalità di trattamento, la descrizione delle categorie di interessati e le categorie dei dati personali trattati, gli eventuali destinatari a cui i dati personali possono essere comunicati;
3. **Registro dei trattamenti in qualità di Responsabile** (art. 30 Regolamento UE 679/16): è un registro obbligatorio contenente i dati del Responsabile, di ogni Titolare per conto del quale agisce il Responsabile del trattamento, le finalità di trattamento, la descrizione delle categorie di interessati e le categorie dei dati personali trattati, gli eventuali destinatari a cui i dati personali possono essere comunicati.
4. **Analisi dei rischi:** documento che riporta l'analisi dei rischi presenti in azienda, il livello di rischio espresso per le diverse categorie di interessati, l'indicazione dell'opportunità di effettuare la valutazione d'impatto (DPIA).
5. **Valutazione di impatto** (DPIA - art. 35 Regolamento UE 679/16): è una procedura che mira a descrivere il trattamento dei dati per valutarne la necessità e la proporzionalità nonché i relativi rischi, allo scopo di approntare misure idonee in termini di natura, ambito, contesto, finalità e rischi.
6. **Disciplinare interno:** è il documento di carattere tecnico focalizzato sulla gestione informatica dei dati e sulle policy per la sicurezza dei dati adottate in azienda.

**Attività 1-gestione dei profili utente e del processo di autenticazione:** l'accesso alla rete informatica aziendale è regolamentato dal Disciplinare Interno che contiene le norme di autenticazione per l'accesso alla rete oltre che alcune regole specifiche per il corretto utilizzo della posta elettronica e di internet. In conformità a queste disposizioni l'accesso alla rete informatica avviene tramite l'utilizzo di credenziali che vanno ad identificare un account. Premesso che un account costituisce quell'insieme di funzionalità, strumenti e contenuti attribuiti ad un utente in determinati contesti operativi e che permette l'accesso a determinati servizi informatici dietro inserimento di username e password, l'Ufficio Sistemi Informativi assegna le credenziali di accesso all'incaricato in relazione alla Struttura in cui egli opera ed al ruolo che ha nell'organizzazione della Struttura e per ognuno dei sistemi informatici impiegati nella Struttura medesima. Ad oggi i sistemi informatici attivi sono:

- *PRIAMO (sistema informatico ospedaliero)*
- *SYSCLINIQUE (gestione contabilità e acquisti) – SYSRIPOSO (gestione ospiti RSA)*
- *ARMONIA - DEDALUS (gestione refertazione Anatomia Patologica)*
- *METEDA (diabetologia)*
- *AREA GASTRO (gastroenterologia ed endoscopia digestiva)*

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>8</b>	<b>PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

- *GALENUS (dialisi)*
- *IMPAX (pacs radiologico: diagnostica per immagini)*
- *MEDITEX (Pma)*
- *SUITESTENSA (gestione emodinamica)*
- *PLURIMA (consultazione cartelle cliniche digitalizzate)*
- *ZUCCHETTI (gestione delle risorse umane –presenze, turni, paghe,etc..)*
- *SYSTEM MANAGEMENT FIRM (gestione delle prenotazioni di FKT; gestione liste prericovero)*
- *EMONET (gestione emoteca)*
- *TECKNE (gestione ADI e RSA Aperta)*
- *VERBENA – PRAEZISION (verifica valorizzazioni DRG)*
- *CUBE – CARDIOLINE (refertazione holter cardiaci e pressori)*
- *H SCRIBE – MORTARA (refertazione holter cardiaci 24h)*
- *CONTROLLO ACCESSI (gestione accessi fisici e stampa badge)*

L'incaricato è consapevole che la parola chiave rappresenta la prima barriera in una strategia di accesso selettivo a dati personali e/o particolari (sensibili) e che una parola chiave selezionata con criteri non soddisfacenti può portare alla compromissione dell'intera rete informatica aziendale.

Per questa ragione tutti gli incaricati ai quali viene attribuito un profilo di autorizzazione e che devono operare nell'ambito di un sistema di autenticazione, sono responsabili di prendere tutte le iniziative appropriate per garantire la sicurezza della parola chiave e sono formati e sensibilizzati in tal senso.

Nel caso in cui l'incaricato non utilizzi il proprio codice identificativo personale e la parola chiave per un periodo superiore a 6 mesi il suo profilo di autenticazione viene disattivato. Per riprendere l'operatività, deve prendere contatto con l'Ufficio Sistemi Informativi e richiedere la riattivazione dell'account. In nessun caso un codice identificativo personale non più utilizzato può essere assegnato ad un altro incaricato.

Sistemi automatici di controllo degli accessi (GFI Event Manager, Audit Log Armonia, trace di Oracle, log di access) vengono periodicamente consultati dagli Amministratori dei Sistemi Informativi per verificare il livello di sicurezza della rete informatica e per identificare eventuali punti di debolezza su cui intervenire.

**Preparazione**=Resp. Sistemi Informativi.

**Controllo**=verifica informatica (*scadenze, accessi non autorizzati*).

**Attività 2-gestione del processo di protezione e trasmissione di documenti elettronici aventi valore probatorio:** fattispecie non applicabile.

**Attività 3- classificazione e controllo dei beni:** all'interno dei documenti stilati viene rappresentata la configurazione dei sistemi informativi in cui sono elencati i server esistenti, comprese le relative dotazioni di base finalizzate alla sicurezza (*sistemi operativi, antivirus, etc..*), l'elenco dei job di backup e delle modalità di ripristino dei dati, l'analisi dei rischi e le relative misure preventive.

**Preparazione**=Resp. Sistemi Informativi.

**Controllo**=Presidente del CdA, Direttore Generale.

**Attività 4-sicurezza fisica:** le aree in cui sono ubicati le apparecchiature e gli archivi informatici sono conformi alle norme antincendio, sono mantenute a temperatura controllata tramite impianto di climatizzazione e sensore IP di temperatura che permette la visione di alert in tempo reale su sistemi di monitoraggio gestiti dai Sistemi Informativi; sono presidiate dagli incaricati durante la normale attività lavorativa, altrimenti chiuse a chiave; le chiavi sono custodite dalle sole persone autorizzate (vd. MOP). I locali in cui sono ubicati i server della rete aziendale sono chiusi a chiave e dotati di un sistema di controllo accessi tramite digitazione di codice numerico o lettura badge identificativo; altrimenti sono

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>8</b>	<b>PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

presidiati da un incaricato. I controlli di sicurezza elettrica degli impianti sono regolarmente svolti e registrati. La continuità operativa della rete informatica aziendale è assicurata dall'intervento di gruppi di continuità in prima istanza, quindi del gruppo elettrogeno. Procedure di backup dei dati sono svolte automaticamente e giornalmente. I salvataggi giornalieri sono effettuati sui server e l'ultimo copiato presso altro dipartimento. Le operazioni di backup sono registrate tramite l'invio automatico di mail a 3 indirizzi di posta elettronica con l'esito del salvataggio. E' attivo un contratto di manutenzione con centri di assistenza autorizzati. Le zone a maggior rischio di effrazione sono controllate tramite sistemi di videosorveglianza.

**Preparazione**=Resp. Sistemi Informativi.

**Controllo**=Ufficio Tecnico (impianti) e fornitori qualificati.

---

**Attività 5- gestione degli incidenti e dei problemi di sicurezza informatica:** il DPIA introduce il concetto di rischio residuo ed il problema della gestione degli incidenti, rimandando di fatto la questione a specifiche procedure che dovrebbero sviluppare temi quali: *l'identificazione di appropriati canali gestionali per la comunicazione degli incidenti e dei problemi; l'analisi periodica di tutti gli incidenti singoli e ricorrenti e l'individuazione della root cause; la gestione dei problemi che hanno generato uno o più incidenti, fino alla loro soluzione definitiva. Inoltre il nuovo regolamento introduce l'obbligo ,in alcuni casi , di comunicazione al Garante di Data Breach, che consiste in una notifica di violazione dei dati personali, le circostanze a essa relative, le conseguenze e i provvedimenti adottati per porvi rimedio.*

**Preparazione**=Resp.Sistemi Informativi.

**Controllo**=Presidente del CdA, Direttore Generale.

---

### **Modi di comportamento a rischio reato identificati**

Frode informatica in danno dello Stato o di altro Ente Pubblico. .(vedere analisi dei rischi).

---

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		8	PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI. CLINICA E RSA			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
☐< (dati da inserire in fase di analisi)			>☐		☐< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >☐	
modo: alterare il funzionamento di un sistema informatico e/o telematico e/o delle informazioni trattate dal sistema informatico e/o telematico rischio di reato: FRODE INFORMATICA effetto: ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate	10	Il DPS specifica in particolare che: • ad ogni operatore autorizzato ad accedere alla rete informatica aziendale sono attribuite una user ID e una password personali ( <i>credenziali di accesso</i> ); • ogni operatore si impegna a non comunicare a terzi le sue credenziali di accesso; • è vietato utilizzare le credenziali di accesso di un altro operatore. Gli operatori sono formati quali “incaricati del trattamento dei dati”. È attivo un sistema di monitoraggio dei tentativi di intrusione ( <i>GFI Event Manager</i> ). L’organizzazione di “profili operatore” garantisce l’impossibilità di alterare il dato inserito da altri ed anche dallo stesso operatore al superamento di uno stabilito lasso temporale. È incaricato l’Amministratore di Sistema i cui accessi al sistema informatico sono tracciati e monitorati.	2	4	80	nessuna

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell’ottica delle ricadute sull’immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di truffa.

Indice di Probabilità dell’accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento (vedere DPS cap.9:rischio residuo)

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 4 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 80, inferiore alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque non sono richieste misure aggiuntive.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>
---------------------------	----------	--

## 2.15 Processo sensibile 9: TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA

### DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO

#### Premessa

Questo documento di analisi e valutazione del processo sensibile include la descrizione delle responsabilità e delle modalità operative per il controllo dei fattori di rischio che hanno impatto sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro e dei lavoratori. L'esame delle fattispecie di reati previsti dal D.Lgs.231/2001 ha evidenziato i seguenti:

ambito	fattispecie di reato
<u>reati commessi con violazione delle norme antinfortunistiche sulla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (art.25 septies, D.Lgs.231/2001)</u>	1.Omicidio colposo commesso con violazione di norme antinfortunistiche (art.589 c.p.)
	2.Lesioni personali colpose (art.590 c.p.)

#### Processo

Il Servizio di Prevenzione e Protezione svolge attività di prevenzione e protezione dei rischi secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e dalla normativa antinfortunistica vigente. In particolare provvede a quanto prescritto all'art. 33 del suddetto Decreto:

- individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive e dei sistemi di controllo delle stesse;
- elaborare procedure di sicurezza per le varie realtà aziendali;
- proporre programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'art. 35;
- fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'art. 36.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione é coordinato dal Responsabile (RSPP) e comprende attualmente un Addetto Servizio Prevenzione e Protezione (ASPP).

**Attività 1-pianificazione della sicurezza:** annualmente il SPP predispone il documento denominato *PROGRAMMA DI ATTUAZIONE* che trae spunto dalle conclusioni e decisioni prese nell'ambito della riunione annuale del Servizio di Prevenzione e Protezione. Il verbale della riunione è approvato dal collegio dei partecipanti. RSPP declina e sviluppa in dettaglio le decisioni nel documento programmatico di cui segue la messa in atto.

**Preparazione**=RSPP.

**Controllo**= collegio partecipanti riunione periodica SPP.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

**Attività 2-attuazione e funzionamento-documentazione e responsabilità:** l'identificazione della figura datoriale, nei fatti il Presidente CdA, va ricercata nei documenti societari quali lo statuto o specifico verbale CdA. Il Datore di Lavoro ha formalmente nominato RSPP, MC e gli Incaricati della squadra antincendio; le lettere di nomina includono le attribuzioni degli incarichi affidati e l'accettazione dell'incarico. La verifica iniziale e periodica delle credenziali dei diversi ruoli chiave dell'Organigramma della Sicurezza rientrano nelle attività istituzionali dell'Ufficio Risorse Umane detentore dei fascicoli individuali di tutto il personale operante in azienda indipendentemente dal tipo di rapporto di collaborazione.

**Preparazione**= RSPP.

**Controllo**= Ufficio Personale.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 3-attuazione e funzionamento-Documento di Valutazione dei Rischi DVR:** l'attività viene svolta con periodicità annuale o a fronte di modifiche del processo produttivo significative ai fini della sicurezza e della salute dei lavoratori o in seguito di variazioni normative specifiche. L'iter di emissione del documento DVR è indicato nella procedura di controllo dei documenti del sistema aziendale di gestione qualità e sicurezza; dei DVR è data ampia diffusione grazie alla pubblicazione sul repository documentale aziendale. L'approccio metodologico alla redazione del DVR è esplicitato in premessa del DVR medesimo.

**Preparazione**= Gruppo di Redazione: Datore di Lavoro, RLS, SPP, MC, eventualmente in collaborazione con Esperti di settore (es. *Esperto di Radioprotezione, Fisico Sanitario, Esperto Responsabile della Sicurezza della Risonanza Magnetica, Addetto Sicurezza Laser, Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio*).

**Controllo**=RSPP+MC+RLS.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 4-affido di compiti e mansioni:** è definita una norma aziendale che individua i criteri e le modalità per l'affidamento delle mansioni ai Lavoratori; il processo è centrato sull'identificazione dei requisiti della posizione funzionale da ricoprire che sono declinati in documenti denominati *job-descriptions* (personale infermieristico, tecnico sanitario ed amministrativo) e *privileges clinici* (personale medico). La collaborazione con MC consente di cogliere eventuali limitazioni poste da particolari compiti critici e condizioni di salute del lavoratore, la collaborazione del Preposto consente di adeguare i piani di lavoro di reparto alle effettive capacità del lavoratore.

**Preparazione**= Dirigente.

**Controllo**=MC+RSPP+Resp.Ufficio Risorse Umane.

**Approvazione**=Direttrice Generale.

**Attività 5-DPI:** L'Azienda ha messo a disposizione dei lavoratori i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per la protezione contro i rischi non completamente eliminabili con altre misure. Nel DVR è previsto che i DPI siano disponibili nei luoghi di svolgimento delle varie attività. Ad ogni lavoratore viene consegnato e fatto firmare un modulo contenente l'elenco dei DPI presenti nel luogo di lavoro e le istruzioni per il corretto utilizzo; il modulo è controfirmato dal Preposto e dal RSPP. Vengono inoltre forniti i camici e le divise di sala per medici, le divise per infermieri, operatori e fisioterapisti e le calzature. Tali indumenti vengono lavati e igienizzati a cura della Clinica. Una Istruzione Operativa del sistema di gestione descrive il funzionamento di questo processo. Nota: i lavoratori che svolgono attività impiegatizie non necessitano di DPI.

**Preparazione**= RSPP.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

**Controllo**=Dirigenti / Preposti.

**Approvazione**=RSPP.

**Attività 6-gestione delle emergenze:** l'Azienda ha adottato un Piano di Emergenza (ex D.Lgs 81/08 – D.M. 10/03/98 - D.P.R. 151/11 – D.M. 03/08/2015) che si pone l'obiettivo generale di consentire la migliore gestione possibile delle emergenze che si possono verificare all'interno dei luoghi di lavoro. Il Piano stabilisce compiti e responsabilità in caso di emergenza e gli interventi da attuare per fronteggiare le situazioni di pericolo. Il Piano inoltre descrive:

- le misure di prevenzione e protezione presenti nell'edificio;
- l'organizzazione adottata per fronteggiare le emergenze (squadre di emergenza);
- le modalità di evacuazione, le vie di uscita da utilizzare in caso di emergenza e i provvedimenti per evitare i rischi per la salute della popolazione;
- la procedura di chiamata ai Vigili del Fuoco;
- le modalità di svolgimento e rendicontazione delle prove di emergenza.

Prove di emergenza sono annualmente eseguite e documentate.

**Preparazione**= RSPP+RTSA.

**Controllo**=RSPP+MC+RLS.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 7-gestione del rischio incendio:** Nel Piano di Emergenza sono indicate le norme di comportamento da attuarsi in caso di incendio. Esiste una procedura controllata di gestione dei presidi antincendio quali *telini portaferiti, coperte antifiamma, estintori, porte REI, rilevatori antifumo, idranti, ....*

**Preparazione**= RSPP+RTSA.

**Controllo**=RSPP+MC+RLS.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 8-pianificazione ed esecuzione delle riunioni periodiche (Art. 35):** le riunioni periodiche ai sensi dell'Art. 35 sono regolarmente calendarizzate (*annuali*) e verbalizzate (vedere anche attività 1).

**Preparazione**= Convocazione da parte del Datore di Lavoro.

**Autocontrollo.**

**Approvazione**=collegio dei partecipanti.

**Attività 9-pianificazione ed erogazione di formazione specifica:** il piano di formazione annuale include sempre la formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. oltre a recepire eventuali esigenze di formazione evidenziate da reparti e servizi.

**Preparazione**= Responsabile Ufficio Risorse Umane.

**Controllo**=RSPP.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 10-prevenzione e controllo del rischio di interferenze con attività svolte da appaltatori:** L'azienda ha attivato e applica una procedura mirata alla gestione coordinata dei rischi interferenziali, ai sensi dell'Art. 26 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

**Preparazione**= RSPP.

**Controllo**=DL appaltatore.

**Approvazione**= Datore di Lavoro.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

**Attività 11-qualificazione dei fornitori e contratti (costi della sicurezza):** in merito alla qualifica dei fornitori il capitolo 7.4 del Manuale della Qualità ISO descrive sinteticamente le modalità relative alla somministrazione delle schede conoscitive agli stessi, i criteri di valutazione e le autorizzazioni necessarie per l'ingresso in albo fornitori. La procedura denominata *ART.26*, specificamente preparata dal RSPP in ottemperanza al dettato legislativo, integra quanto anticipato nel capitolo del manuale. La specificazione dei costi per la sicurezza è richiesta nel contratto di appalto nuovo ed inserita al rinnovo dei contratti esistenti.

**Preparazione**= Responsabile Ufficio Acquisti, Servizi ed Affari Generali / Responsabile Ufficio Risorse Umane.

**Controllo**=RSPP.

**Approvazione**=Direttrice Generale

**Attività 12-gestione degli asset (apparecchiature, impianti, infrastrutture):** la collaborazione del RSPP, del Responsabile dell'Ufficio Tecnico e del Responsabile dell'Ingegneria Clinica si concretizza nella condivisione dei contenuti dei programmi di manutenzione preventiva e correttiva degli impianti tecnologici e delle apparecchiature biomediche. L'RSPP è informato dello stato di avanzamento di detti programmi.

**Preparazione**= Responsabile Ufficio Tecnico, Responsabile Ingegneria Clinica.

**Controllo**=RSPP.

**Approvazione**= Direttore Sanitario

**Attività 13-gestione infortuni e controversie:** è adottato ed è aggiornato un registro degli infortuni. L'esame del registro infortuni è eseguito regolarmente da RSPP che analizza gli indicatori raccomandati dalla norma UNI 7249: Indice di frequenza (I.F.)  $n^\circ$  infortuni/ore lavorate x 1000000, Indice di gravità (I.G.)  $(gT + gP + gM)/ore$  lavorate x 10000, dove gT sono i giorni di invalidità temporanea, gP sono i gradi di invalidità permanente e gM si riferisce agli infortuni mortali. Durata media (D.M.)  $gT/n^\circ$  infortuni. Le risultanze dell'analisi sono inserite nell'aggiornamento del DVR e sono utilizzate come elementi di input per le decisioni; l'analisi evidenzia anche le tipologie prevalenti di incidenti che sono elencate con le relative frequenze. Il benchmarking mostra un andamento al limite dell'accettabile. Il processo di gestione degli infortuni, incluse eventuali controversie, è descritto in una procedura documentata.

**Preparazione**= RSPP.

**Controllo**=RSPP+MC+RLS.

**Approvazione**=Datore di Lavoro.

**Attività 14-monitoraggio:** sono applicati gli indicatori di monitoraggio della sicurezza raccomandati dalla norma UNI 7249. Segnalazioni di anomalie potrebbero confluire nella gestione informatica QWEB delle segnalazioni.

**Preparazione**= RSPP.

**Autocontrollo.**

**Approvazione**=nell'ambito dell'approvazione del DVR.

**Attività 15-audit sul sistema sicurezza:** audit interni sono regolarmente pianificati, eseguiti e rendicontati alla Direzione nell'ambito del sistema di gestione per la qualità e per la sicurezza del Paziente e degli Operatori, così come previsto dall'art. 30 comma 4 del D.Lgs. 81/2008.

**Preparazione**= Auditor interni SQGR, RSPP.

**Controllo**=RDD.

**Approvazione**=RDD.

**Attività 16-riesame di direzione sul sistema sicurezza:** riesami di direzione sono regolarmente pianificati, eseguiti e rendicontati alla Direzione Generale nell'ambito del sistema di gestione per la qualità

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	----------	--

e per la sicurezza del Paziente e degli Operatori.

**Preparazione**= Operatore SQGR.

**Controllo**=RDD.

**Approvazione**=Presidente CdA.

---

**Modi di comportamento a rischio reato identificati:** Omicidio e lesioni colpose (vedere analisi dei rischi), premesso che le ulteriori misure preventive ipotizzate nella precedente versione del documento di analisi dei rischi ed identificate dai numeri progressivi da 1 a 4 sono state implementate:

- 1.Implementare e diffondere la Politica aziendale di miglioramento continuo del Sistema Prevenzionistico aziendale (vedere dettaglio nella tabella seguente).
- 2.Integrare le attribuzioni del Datore di Lavoro (Presidente CdA) già delineate nel Manuale Qualità ISO con gli specifici obblighi indicati dal D.Lgs.81/2008 all'art.18.
- 3.Integrare le job-description dei ruoli chiave dell'Organizzazione con item specifici che richiamino gli obblighi indicati dal D.Lgs.81/2008 (es. per il Preposto, art.19)
- 4.Definire il processo aziendale di gestione e controllo del CPI (*rilascio, rinnovo, richieste di esame progetto, richieste di sopralluogo, SCIA, deroghe,..*) e rappresentarlo in un documento di indirizzo aziendale.

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

PROCESSO SENSIBILE		9 TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA													
modo di comportamento a rischio reato ed effetto		gravità danno		misure preventive già in atto		probabil. accadim.		capacità intercettaz		indice probabilità del rischio (IPR)		misure preventive ulteriori			
□<		(dati da inserire in fase di analisi)						>□		□<		(dati da inserire in fase di revisione del processo)		>□	
<p>modo:</p> <p>violare le norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro</p> <p>rischio di reato: OMICIDIO E LESIONI COLPOSE (art.25 septies D.Lgs.231/2001)</p> <p>effetto:</p> <p>ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti</p>		<p>10</p>		<p>2</p>		<p>5</p>		<p>100</p>		<p>1.Valutare l'opportunità di estendere l'applicazione del sistema di gestione dagli standard ISO 9001 agli standard ISO 45001 in un'ottica di maggiore integrazione dei due sistemi e di certificazione ufficiale.</p>					
<p>1) Esistenza di un documento di Politica che definisca gli indirizzi e gli obiettivi generali in tema di salute e sicurezza che l'Azienda stabilisce di raggiungere, formalmente approvato dal Datore di Lavoro; contenente l'impegno ad essere conforme alle vigenti leggi in materia di salute e sicurezza applicabili ed agli altri requisiti sottoscritti; l'impegno alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e al miglioramento continuo della gestione e delle prestazioni del sistema salute e sicurezza; diffuso ai dipendenti ed alle parti interessate; periodicamente riesaminato.</p> <p>2) Predisposizione di una struttura dotata di compiti, poteri e responsabilità in tema di salute e sicurezza dei lavoratori, in coerenza con l'organico funzionale dell'azienda e nel rispetto della normativa vigente.</p> <p>3) Analisi dei rischi connessi all'attività lavorativa in relazione alla mansione ed alla natura del luogo di lavoro e continuo aggiornamento.</p> <p>4) Elaborazione di un sistema di regole e procedure specifiche per ogni mansione e luogo di lavoro.</p> <p>5) Monitoraggio dei rischi (<i>indicatori</i>) e controllo del rispetto delle regole e delle procedure (<i>riunioni periodiche, audit</i>) a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.</p> <p>6) Formazione e informazione dei neo-assunti, formazione e informazione costante e periodica dei dipendenti/collaboratori della Società.</p> <p>7) Predisposizione di un sistema di valutazione del grado di formazione e informazione del personale.</p> <p>8) Pianificazione e test di un sistema di gestione delle emergenze.</p> <p>9) Aggiornamento continuo dei sistemi di sicurezza, controlli di efficienza e manutenzione.</p> <p>10) Sistema di monitoraggio della sicurezza mediante:  a. programmazione temporale ed attuazione di riunioni e verifiche  b. attribuzione di compiti e di responsabilità esecutive  c. segnalazione di anomalie  d. documentazione dei controlli effettuati</p> <p>11) Dotazione dei Dispositivi di Protezione Individuale necessari allo svolgimento di tutte le attività.</p> <p>12) Manutenzione ordinaria e straordinaria degli asset (impianti, apparecchiature, strutture fisiche / immobili).</p> <p>13) Scelta di fornitori, contraenti e partner adeguati. Condivisione di norme interne comuni a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (<i>rischio interferenze</i>).</p> <p>14) Adesione alla Direttiva Cantieri.</p>															

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>9</b>	<b>TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI. CLINICA E RSA</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)				> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di omicidio e/o lesioni colpose.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 5 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 100, pari alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque sono richieste misure aggiuntive.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>10</b>	<b>PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA</b>
---------------------------	-----------	--

**2.16 Processo sensibile 10: PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA**

**DESCRIZIONE SINTETICA DEL FUNZIONAMENTO**

**Premessa**

Questo documento di analisi e valutazione del processo sensibile include la descrizione delle responsabilità e delle modalità operative per il controllo dei fattori di rischio che hanno impatto sulla sicurezza dell'ambiente, in particolare:

- la gestione degli scarichi idrici;
- la gestione dei rifiuti;
- le emissioni in atmosfera derivanti dall'uso degli impianti tecnologici.

Inoltre l'esame delle fattispecie di reati previsti dal D.Lgs.231/2001 in relazione a questi 3 ambiti di applicazione ha evidenziato i seguenti:

<b>ambito</b>	<b>fattispecie di reato</b>
<u>gestione dei rifiuti</u>	3. attività di gestione di rifiuti non autorizzata - Art.256, c1, lettera a), D.Lgs.152/2006
	4. deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi - Art.256, c6, 1°periodo, D.Lgs.152/2006
	5. effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti - Art.256, c5, D.Lgs.152/2006
	6. violazione degli obblighi di comunicazione di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari - Art.258, c4, D.Lgs.152/2006
	7. traffico illecito di rifiuti - Art.259, c1, D.Lgs.152/2006
	8. predisposizione di un certificato di analisi dei rifiuti fornendo false indicazioni sulla natura, composizione e caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti ed uso di un certificato falso durante il trasporto - Art.258, c4, 2°periodo, D.Lgs.152/2006
<u>gestione degli scarichi idrici</u>	9. superamento dei valori limite nel caso di scarico di acque reflue industriali - Art.137, c5, 1°periodo, D.Lgs.152/2006
	10. superamento dei valori limite nel caso di scarico di acque reflue industriali oltre i limiti più restrittivi fissati dalle regioni - Art.137, c5, 2°periodo, D.Lgs.152/2006
<u>emissioni in atmosfera, misure a tutela dell'ozono stratosferico e dell'ambiente</u>	11. Superamento dei valori limite di emissione e di qualità dell'aria - Art.279, c5, D.Lgs.152/2006
	12. Cessazione e riduzione dell'impiego delle sostanze lesive - Art.3, c7, L.549/1993

**PROCESSO DI GESTIONE RIFIUTI**

**Figure coinvolte (e funzioni nel processo) e responsabilità**

- Legale Rappresentante: assicura che siano messe in atto tutte le attività necessarie alla gestione dei rifiuti nel rispetto della normativa vigente;
- Direttore Sanitario: al Direttore Sanitario compete la sorveglianza ed il rispetto delle disposizioni di legge in materia di deposito temporaneo presso il luogo di produzione dei rifiuti sanitari sino al conferimento dei medesimi all'operatore autorizzato della ditta smaltitrice (ex D.Lgs.5 febbraio 1997, n.22) nonché la tenuta dei registri di carico e scarico;

- Ogni Operatore: si attiene alle istruzioni impartite dalla Direzione Sanitaria in materia di raccolta dei rifiuti nel rispetto dei percorsi stabiliti -dei criteri di separazione dei rifiuti e di utilizzo degli specifici contenitori, di smistamento al deposito temporaneo, di utilizzo dei dispositivi di protezione individuali; provvedono al confezionamento ed all'identificazione dei contenitori di rifiuti destinati al deposito temporaneo; controllano la corretta separazione dei rifiuti segnalando alla Direzione Sanitaria l'eventuale sussistenza di miscele;
- Direzione Sanitaria: controlla che i rifiuti siano conferiti dal deposito temporaneo allo smaltitore entro i termini stabiliti dalla legge (30 giorni se volume inferiore ai 200 litri, 5 giorni in caso contrario), provvede alla registrazione dei carichi dei rifiuti al deposito temporaneo contestualmente ad ogni smistamento dal reparto al deposito e dei corrispondenti scarichi.  
Provvede annualmente alla preparazione del Modello Unico di Dichiarazione (MUD) che sottopone all'approvazione del Legale Rappresentante (di Clinica San Carlo);
- Le Infermiere: provvedono a chiudere e a marcare i contenitori così come previsto dalla procedura; controllano che i contenitori chiusi vengano trasferiti al deposito temporaneo dalla società in outsourcing delle Pulizie e segnalano alla Direzione Sanitaria eventuali violazioni delle norme aziendali;
- La ditta smaltitrice: effettua i ritiri dei contenitori di rifiuti immagazzinati nel deposito temporaneo ed i relativi smaltimenti; prepara il Formulario di Identificazione Rifiuti (FIR) obbligatorio per il trasporto; fornisce evidenza documentata di ogni smaltimento avvenuto;

#### Deposito temporaneo (layout e criteri di utilizzo e di accesso)

è destinato ad immagazzinare i contenitori di rifiuti, già identificati, sino al conferimento alla ditta smaltitrice; l'accesso è consentito a personale cucina, personale impresa di pulizia manutenzione, bar RSA, bar Nuovo Ospedale, direzione Sanitaria, economato, servizio Portineria, parafarmacia, servizio di odontoiatria (Smart Dental Clinic), oltre alle aziende che provvedono al ritiro dei rifiuti ai fini dello smaltimento.

#### • Regole

- i contenitori di rifiuti (scatoloni HALIPACK) devono essere identificati con le seguenti informazioni: *nome del produttore (CLINICA SAN CARLO o RSA); codice CER del rifiuto; data della chiusura del contenitore.*
- gli HALIPACK non possono essere riempiti oltre l'80% della capacità;
- gli HALIBOX (contenitori rigidi a pareti imperforabili per taglienti, di regola di colore giallo) non possono essere riempiti oltre i 2/3 della capacità.

#### Ditta smaltitrice

- il Fornitore è in possesso dell'autorizzazione allo stoccaggio IPPC ed è iscritto all'Albo Nazionale dei Gestori Ambientali.

**Attività 1-pianificazione del processo:** il processo di gestione rifiuti è pianificato dal Direttore Sanitario (DS) ed autorizzato dalla Direttrice Generale; si articola nelle seguenti attività:

1. produzione e separazione;
2. raccolta, controllo e smistamento al deposito temporaneo;
3. conferimento alla ditta smaltitrice.

**Preparazione**=Direzione Sanitaria.

**Controllo e Approvazione**=Direttrice Generale

#### Attività 2- produzione e separazione.

CLINICA POLISPECIALISTICA SAN CARLO srl- Via Ospedale, 21 – Paderno Dugnano (MI)

Modello Organizzativo 231 (M 1520 rev.9 Dicembre 2024) pag. 88 di 120

**PROCESSO  
SENSIBILE****10****PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA**

Rifiuti speciali.

- I rifiuti non pungenti e non taglienti (materiale per medicazione, siringhe senza aghi, flaconi di farmaci, ..) sono eliminati negli appositi sacchetti di plastica;
- i rifiuti pungenti o taglienti sono eliminati negli HALIBOX.

I rifiuti assimilabili agli urbani sono eliminati nei cestini o negli appositi sacchetti di plastica.

**Preparazione**=ogni Operatore.

**Autocontrollo**.

### **Attività 3- raccolta, controllo e smistamento al deposito temporaneo.**

Sacchetti ed HALIBOX, una volta riempiti, sono richiusi ed inseriti negli HALIPACK identificati a pennarello secondo le regole stabilite. Eventuali anomalie (es.miscelazioni) sono tempestivamente segnalate via mail alla Direzione Sanitaria che, in quel caso, notifica l'anomalia al personale interessato richiedendo i correttivi necessari.

Gli HALIPACK vengono quindi giornalmente smistati al deposito temporaneo dal servizio di pulizie in outsourcing. L'eventuale superamento dei volumi di sicurezza di rifiuti immagazzinati viene prontamente segnalato alla Direzione Sanitaria dal servizio di pulizie in outsourcing che provvede di conseguenza.

**Preparazione**= Operatore incaricato.

**Controllo**= servizio di pulizie in outsourcing, Direzione Sanitaria.

### **Attività 4- Conferimento alla ditta smaltitrice.**

Il prelievo dei rifiuti stoccati nel deposito temporaneo è effettuato dal personale incaricato della ditta smaltitrice, di regola tre volte alla settimana, sotto la supervisione della Direzione Sanitaria che si accerta della correttezza di tutte le operazioni di prelievo (*percorsi, aggiornamento registri, ...*).

**Preparazione**=ditta smaltitrice.

**Controllo**= Direzione Sanitaria.

### **Modi di comportamento a rischio reato identificati**.(vedere analisi dei rischi).

1. Le 10 fattispecie elencate a pag.1.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>10</b>	<b>PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
<p>modo: violare le norme sulla gestione dei rifiuti</p> <p>rischio di reato: REATO AMBIENTALE 1,2,3,4,5</p> <p>effetto: ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti</p>	<b>10</b>	<p><b>GESTIONE DEI RIFIUTI</b></p> <p>1. Le attività di produzione e gestione dei rifiuti sono controllate nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (ex DGR 38133/1998).</p> <p>2. Sono predisposte e sono diffuse una procedura di gestione dei rifiuti comprendente le modalità di controllo ed i flussi di informazione per rispettare quanto prescritto in tema di deposito temporaneo (DPR 254/2003); Istruzioni operative sulla corretta classificazione (analisi di caratterizzazione, attribuzione codice CER, attribuzione classificazione ADR); Istruzioni operative sulle corrette modalità di prelievo dal luogo di produzione, etichettatura, conferimento al deposito temporaneo (condivisa con il personale del servizio in appalto di pulizia)</p> <p>3. La corretta compilazione dei registri di carico / scarico è sottoposta a controlli regolari.</p> <p>4. Lo smaltimento dei rifiuti è affidato a Fornitori in possesso delle autorizzazioni all'esercizio richieste dalla normativa (Disposizioni Dirigenziali Provincia, iscrizioni Albo Gestori Ambientali, iscrizioni Albo Trasportatori c/o terzi), inoltre attraverso il controllo delle targhe degli automezzi autorizzati, dei codici CER autorizzati, della disponibilità dei certificati di formazione professionale ADR dei conducenti.</p> <p>5. L'adeguatezza delle modalità di utilizzo dei contenitori per la raccolta delle diverse categorie di rifiuti è controllata ed eventuali miscele sono comunicate alla Direzione Sanitaria</p> <p>6. L'adeguatezza dei tempi di stoccaggio e dei quantitativi di stoccaggio dei rifiuti nel deposito temporaneo è tenuta sotto controllo da tutti gli Operatori della Clinica San Carlo autorizzati all'accesso; eventuali violazioni sono tempestivamente rese note alla Direzione Sanitaria che interviene con i correttivi necessari.</p> <p>7. La gestione dei rifiuti è annualmente sottoposta ai controlli ATS nell'ambito del processo di vigilanza del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.</p>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Audit mirati alla verifica dei comportamenti del personale coinvolto, nei singoli reparti di produzione e presso il deposito temporaneo</b></li> <li>• <b>Segnaletica presso il deposito rifiuti</b></li> <li>• <b>Creazione di una istruzione operativa per la corretta compilazione dei formulari e dei registri (responsabilità Direzione Sanitaria)</b></li> <li>• <b>Estendere il controllo di validità delle autorizzazioni possedute dai fornitori qualificati agli impianti finali di conferimento (inceneritori, discariche,..) (responsabilità Direzione Sanitaria)</b></li> <li>• <b>Formazione mirata</b></li> <li>• <b>Audit interni mirati</b></li> </ul>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>10</b>	<b>PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
modo: predisporre certificati di analisi falsi rischio di reato: REATO AMBIENTALE 6 effetto: ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti	<b>10</b>	<u>GESTIONE DEI RIFIUTI:</u> <u>CARATTERIZZAZIONE</u> 1. Pianificazione del processo di raccolta dei campioni di rifiuti da sottoporre ad analisi di caratterizzazione chimico-fisica 2. Affidamento delle analisi a laboratori accreditati ACCREDIA (ex SINAL) 3. Frequenza semestrale e ad ogni modifica di processo di produzione (del rifiuto)	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta interna del Laboratorio accreditato ACCREDIA (ex SINAL), ora incaricato dalla ditta smaltitrice</li> </ul>
modo: violare le norme sugli scarichi di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose rischio di reato: REATO AMBIENTALE 7,8 effetto: ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti	<b>10</b>	<u>GESTIONE DEGLI SCARICHI IDRICI</u> 1. <u>Gli scarichi idrici sono collettati in pubblica fognatura;</u> 2. <u>È disponibile ed è aggiornato il layout dei punti di allacciamento a fognatura (responsabilità Ufficio Tecnico).</u>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare opportunità di produrre pratica di assimilazione degli scarichi esistenti agli scarichi civili da presentare ad ATO della provincia di Milano, completa dei risultati delle analisi conformi ai limiti previsti dalla normativa vigente (D.Lgs.152/2006, parte 3.a, allegato 5, tabelle 3/A e 5)</li> </ul>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>10</b>	<b>PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
<p>modo: violare le norme sulle emissioni in atmosfera</p> <p>rischio di reato: REATO AMBIENTALE 9</p> <p>effetto: ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti nella gestione delle emissioni</p>	<b>10</b>	<p><u>EMISSIONI IN ATMOSFERA</u></p> <p>1. <u>Identificazione delle emissioni; controlli periodici di legge sugli impianti di generazione calore (DPR 412/93 e smi, D.lgs 311/06); comunicazione al Comune come emissioni scarsamente rilevanti per le emissioni che rientrano nell'art.272 del D.Lgs.152/2006.</u></p>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuali controlli mirati alla conferma del mantenimento delle condizioni.</li> </ul>
<p>modo: violare le norme sulle misure di tutela dell'ozono</p> <p>rischio di reato: REATO AMBIENTALE 10</p> <p>effetto: ottenere un vantaggio economico per i minori costi sostenuti</p>	<b>10</b>	<p><u>MISURE A TUTELA DELL'OZONO STRATOSFERICO E DELL'AMBIENTE</u></p> <p>1. Controlli periodici di legge sugli impianti di refrigerazione contenenti gas fluorurati affidati ad azienda specializzata – D.P.R. del 27 gennaio 2012, n.43</p>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censimento degli impianti utilizzatori del gas R22 è a disposizione del RSPP.</li> </ul>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>10</b>	<b>PREVENZIONE REATI AMBIENTALI. CLINICA E RSA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)				>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di reato ambientale.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 1 = remota possibilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità del problema colonna5 6 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno, in particolare la miscelazione, vista la modalità attuale legata esclusivamente al comportamento virtuoso e consapevole dell'Operatore incaricato (del confezionamento HALIPACK).

Indice IPR 60, inferiore alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque non sono richieste misure aggiuntive di prevenzione del rischio.

**2.17 Processo sensibile 11: PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA****ORGANIZZAZIONE IN GENERALE**

È definita ed il suo funzionamento è normato dallo statuto societario che comprende:

1. **Assemblea** (dei Soci): organo collegiale della società, consistente nella «riunione dei soci, che avviene nei modi di legge, al fine di deliberare sugli argomenti sottoposti al suo esame». L'assemblea dei soci nomina gli Amministratori. È convocata dagli Amministratori. È valida se vi è rappresentata almeno la metà del capitale sociale.
2. **Amministratori**: svolgono attività di gestione e di rappresentanza; non possono essere nominati per un periodo superiore a tre esercizi; sono rieleggibili; sono revocabili dall'assemblea in qualunque momento.
3. **Consiglio di Amministrazione (CdA)**: organo pluripersonale é formato dagli Amministratori cui compete la gestione della società; adotta le sue decisioni in forma collegiale, cioè mediante riunione di tutti i suoi componenti e deliberazione a maggioranza salvo diversa disposizione.
4. **Collegio Sindacale**: organo di controllo interno alla società che ha il compito di esercitare il controllo sull'amministrazione e di assicurare il rispetto della legge e dell'atto costitutivo; è un organo di controllo (con poteri anche di iniziativa) sulla attività degli Amministratori, per la gestione sociale, la tenuta dei libri sociali obbligatori [art. 2421 c.c.] e la formazione dei bilanci [art. 2423 c.c.].
5. **Revisore**: persona fisica o giuridica esterna alla Società, nella fattispecie coincidente con il Presidente del Collegio Sindacale, alla quale è affidato il controllo contabile (vedi statuto societario art.23).
6. **Funzioni generali di controllo contabile** — Il revisore o il Collegio Sindacale: a) nel corso dell'esercizio e con periodicità almeno trimestrale, verifica la regolare tenuta della contabilità sociale e la corretta rilevazione dei fatti di gestione nelle scritture contabili: di regola avvisa l'Ufficio Contabilità dell'estensione dei controlli, per iscritto (es. mail); l'Ufficio Contabilità procura il materiale necessario per eseguire i controlli; il revisore effettua i controlli in remoto oppure in sito redigendo idoneo verbale; anche lo Studio Commercialista può effettuare controlli contabili in sito; b) entro il primo trimestre dell'anno verifica se il bilancio di esercizio dell'anno precedente corrisponde alle risultanze delle scritture contabili e dei controlli intermedi eseguiti e se é conforme alle norme che ne disciplinano la redazione anche in questo caso producendo idoneo verbale; c) esprime con apposita relazione un giudizio sul bilancio di esercizio; la relazione comprende: 1) un paragrafo introduttivo che identifica il bilancio sottoposto a revisione e il quadro delle regole di redazione applicate dalla società; 2) una descrizione della portata della revisione svolta con l'indicazione dei principi di revisione osservati; 3) un giudizio sul bilancio che indica chiaramente se questo è conforme alle norme che ne disciplinano la redazione e se rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio; 4) eventuali richiami di informativa che il revisore sottopone all'attenzione dei destinatari del bilancio, senza che essi costituiscano rilievi; 5) un giudizio sulla coerenza della relazione sulla gestione con il bilancio. Nel caso in cui il revisore esprima un giudizio sul bilancio con rilievi, un giudizio negativo o rilasci una dichiarazione di impossibilità di esprimere un giudizio, la relazione illustra analiticamente i motivi della decisione. La relazione è datata e sottoscritta dal revisore. La relazione sul bilancio è depositata presso la sede della società a norma dell'articolo 2429 c.c. Il revisore o la società incaricata del controllo contabile

**PROCESSO  
SENSIBILE**

**11**

**PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA**

può chiedere agli amministratori documenti e notizie utili al controllo e può procedere ad ulteriori ispezioni; documenta l'attività svolta in apposito libro, tenuto presso la sede della società o in luogo diverso stabilito dallo statuto, secondo le disposizioni dell'articolo 2421 c.c.

**ATTIVITÀ SENSIBILI E FUNZIONAMENTO**

Sono considerate attività sensibili la *predisposizione del progetto di bilancio*, la *gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale e con il Revisore*, la *gestione ed il funzionamento degli Organi Sociali* delle quali di seguito è fornita un'analisi sintetica.

L'esame delle fattispecie di reati previsti dal D.Lgs.231/2001 ha evidenziato i seguenti.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>11</b>	<b>PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA</b>
-------------------------------	-----------	---

ambito	fattispecie di reato
<u>reati societari (art.25 ter, D.Lgs.231/2001)</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. false comunicazioni sociali in danno dei soci e dei creditori (artt.2621 e 2622 c.c.)</li> <li>2. formazione fittizia del capitale (artt.2632 c.c.)</li> <li>3. operazione in pregiudizio dei creditori (art.2629 c.c.)</li> <li>4. impedito controllo (art.2625 c.c.)</li> </ol>

### Attività 1 - predisposizione del progetto di bilancio.

In sintesi. Il processo di predisposizione del progetto di bilancio e dei documenti collegati coinvolge funzioni aziendali e soggetti esterni per quanto di propria competenza: l'Ufficio Contabilità per l'elaborazione del prospetto di bilancio civilistico (*funzionalità SYSDAT*) e dei conti economici trimestrali infrannuali, lo Studio Commercialista per l'integrazione del bilancio con le scritture fiscali (*imposte IRES, IRAP*) e la predisposizione del documento in formato CEE e della nota integrativa, il Collegio Sindacale e il Revisore dei Conti per il Controllo Contabile. Il processo si articola nelle seguenti macro fasi: l'Ufficio Contabilità verifica le Schede Contabili ed il Piano dei conti della Contabilità Generale procedendo ad una analisi delle partite aperte per la conseguente apertura dei fondi di accantonamento e producendo un fascicolo dei "dettagli di bilancio" con le evidenze dei controlli effettuati sui conti previsti dal piano dei controlli: vengono verificati sia i conti di *stato patrimoniale*, tra cui particolare attenzione viene posta ai conti contabili relativi all'IVA da versare, ai fondi rischi ed oneri, ai cespiti, ai crediti e debiti diversi, sia i conti di *conto economico* di ricavi e costi. Su questi ultimi vengono effettuate due tipologie di controllo: utilizzazione appropriata del conto e controllo di competenza. Vengono analizzate le voci relative al ciclo attivo di fatturazione ed al ciclo passivo di registrazione delle fatture ricevute. L'Ufficio Contabilità sottopone alla verifica del Direttore Amministrativo i conti economici infrannuali trimestrali. L'Ufficio Contabilità elabora il prospetto di bilancio civilistico da inviare allo Studio Commercialista. Lo Studio Commercialista effettua le integrazioni di sua competenza, le simulazioni delle riprese fiscali,... e predispose il Bilancio definitivo in formato CEE che, previa verifica del Revisore dei Conti e del Direttore Amministrativo viene sottoposto alla definitiva ratifica del Consiglio di Amministrazione CdA (entro marzo) e dell'Assemblea dei Soci (entro maggio), a meno di impedimenti determinati da cause di origine esterna nel qual caso il processo di approvazione del bilancio sarà completato entro giugno.

I dettagli nell'istruzione operativa di **redazione del bilancio** (da predisporre).

**Preparazione**=Ufficio Contabilità, Studio Commercialista.

**Controllo1**=Direttore Amministrativo.

**Controllo2**=Revisore dei Conti.

**Approvazione**=CdA, Assemblea dei Soci.

### Attività 2 - gestione dei rapporti con gli organi di controllo.

Collegio Sindacale: il Presidente del Collegio Sindacale provvede ad inviare comunicazione delle adunanze del collegio. Il Presidente del Collegio provvede in tempi utili o comunque secondo quanto disposto dalla legge a comunicare l'ODG della riunione ai componenti del Collegio Sindacale; a contattare la Clinica (segreteria di Presidenza) al fine di dare opportuna comunicazione dell'agenda dei lavori del Collegio Sindacale. Alle riunioni del Collegio Sindacale possono essere invitati soggetti aziendali, di solito il Direttore Amministrativo; in fase di chiusura di bilancio viene generalmente effettuata una o più riunioni congiuntamente al Revisore; al Collegio sindacale sono presentati i piani di sviluppo aziendali

(business plan); il Presidente del Collegio sindacale provvede alla redazione del Verbale dell'adunanza; la documentazione che viene prodotta o richiesta dal Collegio sindacale viene archiviata in azienda in specifico armadietto e comunque secondo le indicazioni fatte pervenire dal Collegio Stesso; tale documentazione é sempre a disposizione del collegio sindacale; il Collegio Sindacale effettua con regolare periodicit  (ogni 3 mesi) una verifica dei conti relativi alle entrate ed alle uscite monetarie. Gli viene quindi fornita dall'Ufficio Contabilit  una copia dell'estratto conto completata dalla documentazione richiesta dal controllo (es. riconciliazione delle entrate ed uscite finanziarie, attestazioni liquidazione F24, altro).

Revisore: i rapporti con il Revisore sono gestiti dall'Ufficio Contabilit ; in ogni caso il Revisore provvede a: periodica verifica dei conti contabili; asseverazione sui conti di retribuzione. L'Ufficio Contabilit  provvede alla produzione in formato PDF dei pagamenti riguardanti tutti gli stipendi e gli F24 del mese. Dal Consulente del Lavoro, il revisore riceve inoltre le note contabili di elaborazione delle paghe dal quale lo stesso pu  verificare gli aspetti relativi alle posizioni contributive, fiscali ed assicurative.

Le specifiche dei controlli effettuati dal Collegio Sindacale e dal Revisore sono definite sull'istruzione operativa **controlli contabili**.

**Preparazione**= Collegio Sindacale, Revisore.

**Controllo**=Direttore Amministrativo, Ufficio Contabilit .

### **Attivit  3 - gestione e funzionamento degli Organi Sociali.**

Premesso che per organi sociali si intende il consiglio di amministrazione e l'assemblea dei soci, il funzionamento del Consiglio di amministrazione   regolato dalle norme dello Statuto della Clinica San Carlo ed in particolare; art.18: il consiglio di amministrazione si riunisce di regola nella sede sociale dell'azienda,   prevista la possibilit , qualora particolari esigenze o interessi lo richiedano, su richiesta del Presidente, di riunirsi anche al di fuori della sede sociale. La convocazione avviene a cura della Presidenza: mediante avviso spedito a ciascun amministratore almeno 3 giorni prima dell'adunanza e in caso di urgenza mediante telegramma e/o fax ventiquattro ore prima dell'adunanza; la riunione   presieduta dal Presidente o in sua assenza dall'Amministratore anziano; il verbale   redatto sull'apposito libro sotto la responsabilit  di chi presiede la riunione; il Presidente del Consiglio di Amministrazione cura l'esecuzione delle delibere consiliari. Il funzionamento dell'Assemblea dei Soci   regolato dalle norme dello statuto ed in particolare: art.10: l'assemblea   convocata dall'Organo amministrativo; si riunisce presso la Sede sociale o se particolari condizioni lo richiedono anche in luogo diverso;   convocata a mezzo raccomandata o fax o mail almeno 8 giorni prima dell'adunanza; la convocazione deve indicare luogo, data, orario, Odg; all'assemblea devono partecipare anche il Cda e il Collegio Sindacale. art.12 L'assemblea   presieduta dal Presidente del Cda; art.14: le deliberazioni dell'assemblea devono risultare da Verbale sottoscritto dal Presidente dell'assemblea ed eventualmente dal Segretario o Notaio (se assemblea straordinaria). Il coordinamento degli organi sociali   assicurato dalla Direzione Amministrativa che archivia e custodisce i verbali del CdA ed i verbali dell'Assemblea dei Soci.

**Preparazione**=Direttore Amministrativo.

**Controllo**=CdA .

**Modi di comportamento a rischio reato identificati** (vedere analisi dei rischi ed elenco delle fattispecie di pagina 1).

1. "Esporre fatti materiali non rispondenti al vero o omettere fatti nei bilanci, nelle relazioni e nelle comunicazioni sociali" con lo scopo di "indurre in errore i destinatari delle comunicazioni".

**PROCESSO  
SENSIBILE**

**11**

**PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA**

2. “Sopravalutare azioni, quote, conferimenti di beni in natura, crediti” con lo scopo di “evitare interventi sul capitale sociale avendo aumentato fittiziamente il patrimonio della società”.

---

3. “Sottovalutare azioni, quote, conferimenti di beni in natura, crediti” con lo scopo di “evitare obbligazioni verso i creditori avendo ridotto fittiziamente il patrimonio della società”.

---

4. “Impedire i controlli richiesti dal Collegio Sindacale in materia di rispetto di una specifica normativa” con lo scopo di “evitare maggiori costi per l’adeguamento normativo ottenendo un vantaggio economico”.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>11</b>	<b>PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
<p>modo 1:</p> <p>esporre fatti materiali non rispondenti al vero o omettere fatti nei bilanci, nelle relazioni sulla gestione e nelle comunicazioni sociali</p> <p>rischio di reato:FALSE COMUNICAZIONI SOCIALI</p> <hr/> <p>effetto:</p> <p>indurre in errore i destinatari delle comunicazioni</p>	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Attività di autocontrollo del piano dei conti e delle schede contabili in capo all'Ufficio Contabilità (vedere attività 1);</li> <li>•Attività di controllo di 1°livello del Direttore Amministrativo (attività 1);</li> <li>•Espletamento delle funzioni generali di controllo contabile in capo al Collegio Sindacale / al revisore dei conti (vedere punto 6 pag.1);</li> <li>•Approvazione formale del progetto di bilancio (CdA, Assemblea dei Soci).</li> </ul>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•[istruzione operativa] <b>Descrivere il processo di preparazione, verifica, approvazione del bilancio che garantisca anche la tracciabilità dei documenti contabili nonché le specifiche dei controlli contabili effettuati dall'Ufficio Contabilità.</b></li> <li>•[istruzione operativa] <b>Definire le specifiche dei controlli contabili affidati al Collegio Sindacale / al Revisore dei Conti.</b></li> </ul>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>11</b>	<b>PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<	(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□<	(dati da inserire in fase di revisione del processo)
<p>modo 2:</p> <p>sopravvalutare azioni, quote, conferimenti di beni in natura, crediti</p> <p>rischio di reato:FORMAZIONE FITTIZIA DEL CAPITALE</p> <p>effetto: evitare interventi sul capitale sociale</p>	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Attività di autocontrollo di alcune poste (<i>crediti e debiti</i>) in capo all'Ufficio Contabilità;</li> <li>•Attività di controllo di 1°livello del Direttore Amministrativo;</li> <li>•Espletamento delle funzioni generali di controllo contabile in capo al Collegio Sindacale / al revisore dei conti;</li> <li>•Approvazione formale del progetto di bilancio (CdA, Assemblea dei Soci).</li> </ul>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>•NESSUNA</b>
<p>modo 3:</p> <p>sottovalutare azioni, quote, conferimenti di beni in natura, crediti</p> <p>rischio di reato:OPERAZIONE IN PREGIUDIZIO DEI CREDITORI</p> <p>effetto: venir meno alle obbligazioni verso i fornitori grazie ad una riduzione fittizia del capitale sociale</p>						

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>11</b>		<b>PREVENZIONE REATI SOCIETARI. CLINICA E RSA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>
modo 4: occultare o alterare la documentazione utile a rappresentare i processi aziendali interessati dall'applicazione di una specifica normativa rischio di reato: IMPEDITO CONTROLLO effetto: evitare i maggiori costi richiesti dall'adeguamento dei processi aziendali ad una specifica normativa	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espletamento delle funzioni generali di controllo contabile in capo al Collegio Sindacale / al revisore dei conti (vedere punto 6 pag.1);</li> <li>• Modalità di gestione dei rapporti con gli organi di controllo (vedere attività 2).</li> </ul>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NESSUNA</li> </ul>		

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di commissione di reati societari.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 2 = bassa probabilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità del problema colonna5, modo1 5 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 100, pari alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque sono richieste misure aggiuntive, almeno limitatamente al modo 1 di ipotesi di commissione illeciti.

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	12	PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO
-------------------------------	----	--------------------------------------

## 2.18 Processo sensibile 12: PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO

### NORMATIVA

La legge 15 dicembre 2014, n. 186, reca una serie di disposizioni volte ad incentivare l'emersione e il rientro dei capitali detenuti all'estero, insieme ad altre misure finalizzate a potenziare la lotta all'evasione fiscale. Tra queste è possibile menzionare il nuovo reato di autoriciclaggio ex art. 648ter. 1 c.p.

Dopo aver introdotto il suddetto reato nel Codice penale, il legislatore ha proceduto anche a modificare l'articolo 25 octies del D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, includendo la nuova fattispecie tra i reati presupposto della responsabilità amministrativa "da reato" degli enti.

Ne consegue la possibilità di sanzionare gli enti i cui dipendenti (apicali e non), dopo aver commesso o concorso a commettere un delitto doloso suscettibile di produrre un profitto economico, impieghino, sostituiscano, trasferiscano, in attività, finanziarie, imprenditoriali o speculative, il denaro, i beni o le altre utilità provenienti dalla commissione del precedente delitto, in modo da ostacolare concretamente l'identificazione della provenienza delittuosa e con ciò traendone interessi o vantaggi.

L'esame delle fattispecie di reati previsti dal D.Lgs.231/2001 ha evidenziato i seguenti:

ambito	fattispecie di reato
reato di autoriciclaggio (art.25 octies, D.Lgs.231/2001)	5. Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio

### ATTIVITÀ SENSIBILI E FUNZIONAMENTO

I processi sensibili nell'ambito dei quali potrebbero essere commessi i reati e generati denaro - beni o altre utilità, ambiti rilevanti sulla base del settore di business dell'Organizzazione, potrebbero essere i seguenti:

ambito	reato	modo	effetto	risorse illecite	
				SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Istanze AU / AC	truffa	produrre documenti falsi attestanti l'esistenza di condizioni e requisiti essenziali	Ottenere autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e/o decreti di accreditamento	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Controlli pre-fatturazione e invio flussi	truffa	produrre richieste di remunerazione false	ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acquisti di beni e servizi	truffa	emissione di fatture per forniture inesistenti	creare fondi / provviste da impiegare in usi illeciti	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Istanze AU / AC	corruzione	corrompere l'esponente dell'Ente (P.A.)	ottenere concessioni, licenze ed autorizzazioni da parte della P.A.	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Selezione del personale	corruzione	assumere soggetti aventi rapporti diretti con rappresentanti della P.A	veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni a vantaggio dell'Organizzazione	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acquisti di beni e servizi	corruzione	assegnare incarico di fornitura ad aziende rispetto alle quali un	veicolare denaro verso soggetti in grado di influenzare decisioni a	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>12</b>	<b>PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO</b>
-------------------------------	-----------	---

ambito	reato	modo	effetto	risorse illecite	
		soggetto avente un ruolo dirigenziale presso ente pubblico ha interessi economici	vantaggio dell'Organizzazione		
Gestione liste di attesa	concussione	indurre l'Utente ad una ingiusta dazione di denaro	velocizzare una pratica o ottenere l'inserimento del nominativo dell'Utente in una lista di accesso prioritario alle prestazioni di ricovero o ambulatoriali	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protezione della riservatezza di dati ed informazioni	frode informatica	alterare il funzionamento di un sistema informatico e/o telematico e/o delle informazioni trattate dal sistema informatico e/o telematico	ottenere ingiusti profitti per le prestazioni erogate	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Prevenzione reati societari	operazione in pregiudizio dei creditori	Sottovalutare azioni, quote, conferimenti di beni in natura, crediti	venir meno alle obbligazioni verso i fornitori grazie ad una riduzione fittizia del capitale sociale	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ma le contromisure rispetto ai rischi identificati e valutati sono già state individuate nelle sezioni del documento dedicate all'analisi dei processi sensibili.

#### Modi di comportamento a rischio reato identificati

1. pagamento agli amministratori di emolumenti non deliberati ovvero deliberati, ma in misura sproporzionata all'attività;
2. pagamenti ai parenti degli amministratori per non meglio precisate attività di consulenza;
3. pagamento di compensi agli amministratori a titolo di consulenza;
4. pagamento di consulenze a società che si trovano in paesi black list o off-shore;
5. movimentazione eccessiva del conto di cassa senza una descrizione analitica delle operazioni compiute nel mastrino di cassa o nel libro giornale;
6. sponsorizzazioni o donazioni per importi sensibili a Fondazioni o Onlus non meglio individuate;
7. frequenti operazioni di investimento a lungo termine in strumenti finanziari immediatamente seguite dalla richiesta di liquidare la posizione e di trasferire i relativi proventi.

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>12</b>		<b>PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO. CLINICA E RSA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)			>□	□< (dati da inserire in fase di revisione del processo)		>□
<p>modo 1: pagamento agli amministratori di emolumenti non deliberati ovvero deliberati, ma in misura sproporzionata all'attività</p> <p>modo 2: pagamenti ai parenti degli amministratori per non meglio precisate attività di consulenza</p> <p>modo 3: pagamento di compensi agli amministratori a titolo di consulenza</p> <p>modo 4: pagamento di consulenze a società che si trovano in paesi black list o off-shore</p> <p>rischio di reato:AUTORICICLAGGIO</p>	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Disponibilità e diffusione del codice Etico nell'intera organizzazione aziendale</li> <li>•Procedure autorizzative per acquisti di beni e servizi</li> <li>•Procedure autorizzative per la liquidazione degli importi fatturati basate su controlli di coerenza tra fatture e ordini / contratti</li> <li>•Procedure di qualificazione iniziale e rivalutazione periodica dei fornitori qualificati</li> </ul>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Specifica previsione nel codice Etico</li> <li>•Integrazione dei processi di acquisto e controllo dei pagamenti di servizi professionali e consulenze inclusi incarichi fiduciari</li> <li>•Integrazione del processo di valutazione dei fornitori</li> </ul>		

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>12</b>	<b>PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO. CLINICA E RSA.</b>			
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori
□<		(dati da inserire in fase di analisi)		>□	□< (dati da inserire in fase di revisione del processo)	
effetto: impiego, sostituzione, trasferimento di provviste illecite						
modo 5: movimentazione eccessiva del conto di cassa senza una descrizione analitica delle operazioni compiute nel mastro di cassa o nel libro giornale modo 6: sponsorizzazioni o donazioni per importi sensibili a Fondazioni o Onlus non meglio individuate  rischio di reato: AUTORICICLAGGIO	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità e diffusione del codice Etico nell'intera organizzazione aziendale</li> <li>• Controllo di ogni importante movimento di cassa</li> <li>• Controllo di ogni importante operazione di sponsorizzazione o donazione</li> </ul>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifica previsione nel codice Etico</li> <li>• Integrazione delle specifiche esistenti sui controlli contabili.</li> </ul>

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>12</b>		<b>PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO. CLINICA E RSA.</b>				
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto	probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di analisi)			> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <	(dati da inserire in fase di revisione del processo)		> <input type="checkbox"/>
effetto: impiego, sostituzione, trasferimento di provviste illecite								

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>		<b>12</b>	<b>PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO. CLINICA E RSA.</b>						
modo di comportamento a rischio reato ed effetto	gravità danno	misure preventive già in atto		probabil. accadim.	capacità intercettaz	indice probabilità del rischio (IPR)	misure preventive ulteriori		
□<		(dati da inserire in fase di analisi)				>□		□< (dati da inserire in fase di revisione del processo) >□	

<p>modo 7: frequenti operazioni di investimento a lungo termine in strumenti finanziari immediatamente seguite dalla richiesta di liquidare la posizione e di trasferire i relativi proventi</p> <p>rischio di reato: AUTORICICLAGGIO</p> <p>effetto: impiego, sostituzione, trasferimento di provviste illecite</p>	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità e diffusione del codice Etico nell'intera organizzazione aziendale</li> <li>• Controllo di ogni importante operazione finanziaria</li> </ul>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>150</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifica previsione nel codice Etico</li> <li>• Procedure autorizzative per acquisti e vendite di azioni proprie e di altre società</li> </ul>
--	-----------	---	----------	----------	------------	--

Indice di Gravità del danno colonna2 10 = effetti gravi, esito severo, gravi danni se visti nell'ottica delle ricadute sull'immagine aziendale nel caso di concretizzazione di un ipotesi di commissione di reati societari.

Indice di Probabilità dell'accadimento colonna4 2÷3 = bassa / moderata probabilità di accadimento.

Indice di Rilevabilità del problema colonna5, modo1 5 = moderata probabilità che il problema sia rilevato dal sistema di autocontrollo interno.

Indice IPR 100÷150, pari o di poco superiore alla soglia di rischio accettabile posta a 100 nel Modello Organizzativo, dunque sono richieste misure aggiuntive.

**2.19 Processo sensibile 13: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA /  
CURE DOMICILIARI (ADI)****DESCRIZIONE DEL SERVIZIO E DELLE ATTIVITÀ CORE****Mission:**

Il Servizio, accreditato al SSR, ha l'obiettivo di erogare prestazioni socio-sanitarie e assistenziali al domicilio. Le cure domiciliari sono rivolte a cittadini che, per limitazioni temporanee o permanenti della loro autonomia, non sono in grado di accedere alle strutture ospedaliere e/o ambulatoriali per ricevere le prestazioni di cui necessitano.

**Organizzazione:**

La responsabilità del Servizio è in capo al Direttore delle Unità d'Offerta Socio Sanitarie, che si avvale di un Medico Responsabile, un Referente Amministrativo, un Responsabile SITRA Socio-sanitario, un Care Manager, un Coordinatore Operativo ed un *team* di operatori con diverse qualifiche, che svolgono attività sul territorio. Il piano di lavoro generale gestito dal Care Manager è finalizzato a programmare le attività complessive del servizio ADI ed a controllarne l'attuazione. Il PAI (Piano Assistenziale Individuale) è previsto nei casi più complessi (es. nei trattamenti che prevedono medicazioni, fisioterapia,... non per le attività di prelievo) ed è lo strumento di pianificazione e controllo del servizio per il singolo Assistito. Dotazioni standard sono previste per il Servizio ADI nel suo complesso come da DGR X/2569 del 31/10/2014, e per ogni singolo operatore che firma una lettera di affido di tali materiali. Il documento di pianificazione generale delle attività del servizio contiene queste informazioni: decorrenza, scadenza, nome e cognome Assistito, comune, operatore, prestazioni, numero di accessi, note.

**Accesso ai servizi:**

Laddove il Medico di Medicina Generale dell'Assistito ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI, rilascia all'Assistito o al familiare la prescrizione di attivazione del servizio, per l'assegnazione del Voucher Socio Sanitario Regionale da parte dell'ASST competente, che indirizza l'Assistito all'ente erogatore accreditato prescelto. L'Assistito/il familiare si mette in contatto con l'Ente Gestore per concordare tempi e modalità della presa in carico. In occasione dell'attivazione del Voucher Socio Sanitario gli operatori sanitari dei Distretti ASST potranno effettuare una visita domiciliare per una valutazione complessiva dei bisogni assistenziali. All'avvenuta comunicazione da parte dell'ASST dell'attivazione del voucher, il Servizio ADI: verifica le disponibilità del personale, contatta l'Assistito/la famiglia, raccoglie informazioni sullo stato di salute dell'Assistito e sui suoi bisogni, programma il primo intervento sempre e comunque entro le 72 ore dall'attivazione del voucher, effettua il primo intervento/la prima visita, imposta il PAI, organizza l'erogazione secondo il PAI validato, eroga le prestazioni domiciliari, rendiconta all'ASST le prestazioni erogate.

**Erogazione dell'assistenza:**

L'erogazione dell'assistenza avviene come da pianificazione del PAI, che va aggiornato alle scadenze previste. Il PAI è conservato nel FASAS in originale presso il domicilio dell'Assistito. I risultati dell'assistenza erogata sono rivalutati con cadenza mensile ed ogniqualvolta le condizioni cliniche dell'Assistito lo richiedano. La composizione base del FASAS prevede questi elementi: voucher, consenso privacy, consenso al piano assistenziale, PAI, diario clinico, scheda accessi, schede di valutazione, carta dei servizi, questionario di soddisfazione dell'Assistito, PAI di chiusura, *check-list* di completezza. Le schede di valutazione sono relative a scheda medicazioni, scheda controllo diuresi, scheda valutazione del dolore, scheda valutazione lesioni da pressione, scheda valutazione rischio cadute secondo la scala Tinetti.

**PROCESSI SENSIBILI**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Domiciliari è un'unità di offerta socio-sanitaria con

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>13</b>	<b>SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>
---------------------------	-----------	--

caratteristiche di autonomia paragonabili a quelle di ogni altra Struttura/Unità Operativa/Unità Organizzativa operante in Clinica San Carlo che, grazie all’assetto organizzativo descritto in premessa, eroga i processi *core* richiesti dalla *mission* e che, grazie all’inserimento nella più ampia organizzazione di Clinica San Carlo ed all’interazione con i processi di supporto di Clinica, può garantire il funzionamento e la continuità operativa di quei processi *core*.

In questo scenario è stata valutata la coerenza dei processi sensibili sin qui mappati con riferimento specifico al servizio ADI. Eventuali particolarità/peculiarità richieste dal funzionamento di questo specifico servizio, che si stima abbiano ricadute sul processo sensibile, e relativa analisi dei rischi, sono evidenziati in tabella, con queste definizioni:

**rilevanza (colonna ril.)** = effettivo contributo del servizio ADI al rischio di commissione illeciti di ciascun processo sensibile;

**misure aggiuntive** = ulteriori misure rispetto a quelle già indicate nel documento di valutazione dei rischi del processo sensibile;

**NA** = Non Applicabile

**legenda graduazione del rischio**

IPR < 100 RISCHIO BASSO	101 ≤ IPR < 400 RISCHIO MEDIO-BASSO	401 ≤ IPR < 700 RISCHIO MEDIO-ALTO	701 ≤ IPR < 1000 RISCHIO ALTO
----------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

processo sensibile	ril.	particolarità ADI	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
1a.RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI.	SI	rif.cogente DGR X/2569 del 31/10/2014	PRODURRE DOCUMENTI FALSI ATTESTANTI L’ESISTENZA DI CONDIZIONI E REQUISITI ESSENZIALI; CORROMPERE L’ESPONENTE DELL’ENTE (P.A.)	TRUFFA CORRUZIONE	OTTENERE CONCESSIONI, LICENZE ED AUTORIZZAZIONI DA PARTE DELLA P.A.	IPR 100, BASSO	NESSUNA
3b.CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI.	SI	Il profilo di intensità assistenziale erogabile che determina le tariffe fatturabili è stabilito dalla Commissione di valutazione dell’ASST	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	TRUFFA	OTTENERE INGIUSTI PROFITTI PER LE PRESTAZIONI EROGATE	IPR 100, BASSO	Controllo di congruità tra flussi informativi e FASAS
4c.GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA.	NO	Non esiste un processo di gestione delle liste di attesa. Nel Servizio ADI la presa in carico dell’assistito viene normalmente garantita entro 72 ore, salvo urgenze che vengono prese in carico entro le 24 ore, ad eccezione delle prestazioni di riabilitazione ricomprese nel PAI che possono essere attivate anche successivamente alle	INDURRE L’UTENTE AD UNA INGIUSTA DAZIONE DI DENARO	CONCUSSIONE	VELOCIZZARE UNA PRATICA O OTTENERE L’INSERIMENTO DEL NOMINATIVO DELL’UTENTE IN UNA LISTA DI ACCESSO PRIORITARIO ALLE PRESTAZIONI	NA	NA

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>13</b>	<b>SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>
---------------------------	-----------	--

processo sensibile	ril.	particolarità ADI	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
		72 ore, in funzione della disponibilità degli operatori in servizio rispetto alle assistenze già in corso. Inoltre l'Assistito ed i familiari sono informati circa le modalità di accesso alle prestazioni e le procedure di pagamento delle stesse che escludono dazioni dirette di denaro agli operatori.					
5.SELEZIONE DEL PERSONALE.	SI	NESSUNA	ASSUMERE SOGGETTI AVENTI RAPPORTI DIRETTI CON RAPPRESENTANTI DELLA P.A.	CORRUZIONE	VEICOLARE DENARO VERSO SOGGETTI IN GRADO DI INFLUENZARE DECISIONI A VANTAGGIO DELL'ORGANIZZAZIONE	IPR 100, BASSO	NESSUNA
6.ASSUNZIONE DI PERSONALE, COLLABORAZIONE CON LIBERI PROFESSIONISTI, GESTIONE DEI CONTRATTI ED EROGAZIONE DI INCENTIVI.	SI	NESSUNA	PROMETTERE INCENTIVI COMMISURATI AL FATTURATO	ISTIGAZIONE AL COMPORTAMENTO ILLECITO	CREARE LE CONDIZIONI PER PERSEGUIRE MAGGIORI PROFITTI IN MODO ILLECITO (ES. EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INAPPROPRIATE)	IPR 100, BASSO	NESSUNA
7.ACQUISTO DI BENI E SERVIZI.	NO	NESSUNA	EMISSIONE DI FATTURE PER FORNITURE INESISTENTI; ASSEGNARE INCARICO DI FORNITURA AD AZIENDE RISPETTO ALLE QUALI UN SOGGETTO AVENTE UN RUOLO DIRIGENZIALE PRESSO ENTE PUBBLICO HA INTERESSI ECONOMICI	TRUFFA CORRUZIONE	CREARE FONDI / PROVVISI DA IMPIEGARE IN USI ILLECITI. VEICOLARE DENARO VERSO SOGGETTI IN GRADO DI INFLUENZARE DECISIONI	NA	NA
8.PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED AZIENDALI.	SI	NESSUNA	ALTERARE IL FUNZIONAMENTO DI UN SISTEMA INFORMATICO E/O TELEMATICO E/O DELLE INFORMAZIONI TRATTATE DAL SISTEMA INFORMATICO E/O TELEMATICO	REATI PRIVACY	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	IPR 80, BASSO	NESSUNA
9.TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI.	SI	NESSUNA	VIOLARE LE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	OMICIDIO E LESIONI COLPOSE	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	IPR 100, BASSO	NESSUNA

D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	13	<b>SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>
---------------------------	----	--

processo sensibile	ril.	particolarità ADI	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
10.PREVENZIONE REATI AMBIENTALI	SI	NESSUNA	VIOLARE LE NORME SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI;	REATO AMBIENTALE	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	IPR 60, BASSO	Procedura aziendale per la gestione del rifiuto sanitario al domicilio
11. PREVENZIONE REATI SOCIETARI.	NO	NESSUNA	ESPORRE FATTI MATERIALI NON RISPONDENTI AL VERO O OMETTERE FATTI NEI BILANCI, NELLE RELAZIONI SULLA GESTIONE E NELLE COMUNICAZIONI SOCIALI; SOPRAVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; SOTTOVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; OCCULTARE O ALTERARE LA DOCUMENTAZIONE UTILE A RAPPRESENTARE I PROCESSI AZIENDALI INTERESSATI DALL'APPLICAZIONE DI UNA SPECIFICA NORMATIVA	FALSE COMUNICAZIONI SOCIALI FORMAZIONE FITTIZIA DEL CAPITALE OPERAZIONE IN PREGIUDIZIO DEI CREDITORI IMPEDITO CONTROLLO	INDURRE IN ERRORE I DESTINATARI DELLE COMUNICAZIONI. EVITARE INTERVENTI SUL CAPITALE SOCIALE. VENIR MENO ALLE OBBLIGAZIONI VERSO I FORNITORI GRAZIE AD UNA RIDUZIONE FITTIZIA DEL CAPITALE SOCIALE. EVITARE I MAGGIORI COSTI RICHIESTI DALL'ADEGUAMENTO DEI PROCESSI AZIENDALI AD UNA SPECIFICA NORMATIVA.	NA	NA
13. PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO	NO	NESSUNA	PAGAMENTO AGLI AMMINISTRATORI DI EMOLUMENTI NON DELIBERATI OVVERO DELIBERATI, MA IN MISURA SPROPORZIONATA ALL'ATTIVITÀ; PAGAMENTI AI PARENTI DEGLI AMMINISTRATORI PER NON MEGLIO PRECISATE ATTIVITÀ DI CONSULENZA; PAGAMENTO DI COMPENSI AGLI AMMINISTRATORI A TITOLO DI CONSULENZA; PAGAMENTO DI CONSULENZE A SOCIETÀ CHE SI TROVANO IN PAESI BLACK LIST O OFF-SHORE; MOVIMENTAZIONE ECCESSIVA DEL CONTO DI CASSA SENZA UNA DESCRIZIONE ANALITICA DELLE OPERAZIONI COMPIUTE NEL MASTRINO DI CASSA O NEL LIBRO	AUTORICICLAGGIO	IMPIEGO, SOSTITUZIONE, TRASFERIMENTO DI PROVVISI ILLECITE	NA	NA

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>13</b>	<b>SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE DOMICILIARI (ADI)</b>
---------------------------	-----------	--

processo sensibile	ril.	particolarità ADI	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
			GIORNALE; SPONSORIZZAZIONI O DONAZIONI PER IMPORTI SENSIBILI A FONDAZIONI O ONLUS NON MEGLIO INDIVIDUATE; FREQUENTI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO A LUNGO TERMINE IN STRUMENTI FINANZIARI IMMEDIATAMENTE SEGUITE DALLA RICHIESTA DI LIQUIDARE LA POSIZIONE E DI TRASFERIRE I RELATIVI PROVENTI.				

**2.20 Processo sensibile 14: SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI  
AZIENDE TERZE****DESCRIZIONE DEL SERVIZIO****Mission:**

Il Servizio di Medicina del Lavoro si occupa di organizzare e gestire l'attività di Sorveglianza Sanitaria in conformità al D. Lgs 81/2008, a favore di Aziende terze che lo richiedano.

**Organizzazione:**

L'organizzazione del Servizio prevede un'articolazione di funzioni che assicura le competenze tecniche ed i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del regolare svolgimento del servizio reso al Cliente. Il monitoraggio continuo previsto dall'applicazione delle procedure in uso, unito alla costante ricerca di azioni di miglioramento consentono alla Direzione Operativa dell'U.O.M.D.L. un continuo ed efficace monitoraggio rispetto all'applicazione delle "procedure gestionali", il rilevamento del grado di soddisfazione del cliente rispetto al servizio reso.

**Organigramma:**

**Direzione Generale**  
**Direzione Operativa**  
**Responsabile di Processo Gestione del Cliente (Commerciale)**  
**Responsabile di Processo Gestione del Cliente (Programmazione)**  
**Responsabile di Processo Coordinamento Infermieri**  
**Responsabile Sanitario**

**Accesso ai servizi:**

Alle aziende convenzionate vengono erogati i seguenti servizi:

- ⇒ il Servizio di Sorveglianza Sanitaria: incarico del medico competente ed esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nel Protocollo di sorveglianza sanitaria;
- ⇒ Il servizio RSPP: incarico del Responsabile, valutazione dei rischi e predisposizione del D.V.R.;
- ⇒ Attività di promozione della salute Health-Plans;
- ⇒ Attività di promozione della salute Check-up;
- ⇒ Corsi di Formazione: Pronto soccorso – Prevenzione incendi – Rischi Specifici inclusi nel DVR;
- ⇒ Attività di coordinamento Nazionale dei medici competenti con esplicito riferimento all'art 39 del T.U. 81/08

A fronte di una specifica valutazione preliminare, per ciascun servizio viene formulata una specifica offerta che comprende la descrizione delle prestazioni e le modalità di erogazione dei servizi. I Medici Competenti ed i Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione vengono incaricati nominativamente dal Datore di Lavoro dell'Azienda Cliente. Come definito dalla normativa vigente le responsabilità datoriali e quelle

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>14</b>	<b>SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>
---------------------------	-----------	--

professionali restano in carico al Datore di lavoro ed al professionista da questi incaricato (D. Lgs. 09 aprile 2008 n. 81 CAPO IV - SEZIONE I)

**Erogazione del servizio:**

Il servizio parte dall'analisi del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) o dalla elaborazione, sino alla stesura del Protocollo di Sorveglianza sanitaria. Il Medico Competente visita gli ambienti di lavoro con verbalizzazione del sopralluogo e rivalutazione del rischio tramite check-list. Il verbale conterrà le indicazioni relative ad eventuali non conformità riscontrate dal medico in riferimento all'indicazione del legislatore per l'attivazione della procedura finalizzata alla bonifica delle situazioni non conformi alle disposizioni di legge.

Per quanto riguarda Clinica San Carlo, il Datore di Lavoro nomina il Medico Competente a cui sono delegate le attività previste dal D. Lgs. 81/2008 smi. e si avvale dell'operatività della U.O.M.D.L per l'esecuzione del Piano di Sorveglianza Sanitaria, mentre la responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione è in capo ad altro professionista qualificato, secondo l'Organigramma della Sicurezza - M 1212.

**ADEMPIMENTI OBBLIGATORI**

**Responsabilità datoriali:**

**Procedura Standardizzata per la valutazione dei rischi ai sensi dell'articolo 6, comma 8, lettera f) e dell'art. 29, comma 5 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.**

COMPITI	RESPONSABILITÀ	SOGGETTI COINVOLTI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione dei rischi</li> <li>- Indicazione delle misure di prevenzione e protezione</li> <li>- Programma d'attuazione</li>   <li>- Elaborazione e aggiornamento del Documento</li> </ul>	Datore di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): artt.31, 33 e 34 D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Medico competente (ove previsto): artt.25 e 41 D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza(RLS)/ Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST): artt. 18, 28, 29 e 50, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Lavoratori: art. 15 comma 1 lett. r) D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- eventuali altre persone esterne all'azienda in possesso di specifiche conoscenze professionali (art. 31 comma 3 D.Lgs. 81/08 s.m.i.)</li> </ul> <p>Ove il datore le ritenga pertinenti potrà tener conto delle eventuali segnalazioni provenienti dai dirigenti, preposti e lavoratori</p>
Attuazione e Gestione del programma	Datore di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico competente (ove previsto): artt.25 e 41 D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- RLS/RLST: artt. 18, 28, 29 e 50, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Dirigenti: art.18, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Preposti: art.19, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Lavoratori: art.20, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> </ul>
Verifica dell'attuazione del programma	Datore di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico competente (ove previsto): artt.25 e 41 D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- RLS/RLST: artt. 18, 28, 29 e 50, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Dirigenti: art.18, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Preposti: art.19, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> <li>- Lavoratori: art.20, D.Lgs. 81/08 s.m.i.</li> </ul>

Ogni datore di lavoro (colui che ha potere decisionale e di spesa conferiti anche tramite procura) ha l'obbligo non delegabile di valutare tutti i rischi lavorativi e designare l'R.S.P.P. Inoltre, in tutti i casi previsti dalla legge, deve nominare il medico competente al quale comunica l'esito della valutazione dei rischi effettuata e fornisce i dati occupazionali dei lavoratori per la predisposizione delle cartelle sanitarie e di rischio. Egli ha la responsabilità di vigilare sulla corretta gestione della sorveglianza sanitaria inviando i lavoratori a visita ogni qual volta sia necessario. La sorveglianza sanitaria è organizzata a cura e spese del Datore di lavoro.

**Articolo 17 - Obblighi del datore di lavoro non delegabili**

1. Il datore di lavoro non può delegare le seguenti attività:

- a) la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28<sup>23</sup>;
- b) la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

**Responsabilità Professionali:**

Il Medico Competente e l'RSPP hanno responsabilità professionali coperte da proprie polizze assicurative delle quali rispondono in prima persona; tali responsabilità derivano dall'applicazione della normativa vigente in tema di sicurezza sul lavoro e tutela della salute dei lavoratori, il tutto in riferimento all'ordinamento sopra richiamato (D. Lgs. 09 aprile 2008 n. 81) del quale riportiamo l'art. 25:

**Articolo 25 - Obblighi del medico competente**

1. Il medico competente:

- a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;
- b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- c) istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria; tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del medico competente;
- d) consegna al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003 n.196(N), e con salvaguardia del segreto professionale;
- e) consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio, e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima; l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del datore di lavoro, per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da altre disposizioni del presente decreto;
- f) Lettera soppressa dall'art. 15 del D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106
- g) fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>14</b>	<b>SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>
---------------------------	-----------	--

sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

h) informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;

i) comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;

l) visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi;

m) partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria;

n) comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'articolo 38 al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

**Responsabilità Contrattuali:**

La Clinica ha l'onere di adempiere all'impegno assunto con la sottoscrizione dell'accordo formalizzato con il Cliente ovvero la presa in carico degli scadenziari delle visite mediche, della documentazione sanitaria prodotta, dell'esecuzione degli accertamenti sanitari e delle visite specialistiche previste dai protocolli sanitari strutturati dai medici competenti nonché della verifica e del controllo delle attività che il medico competente realizza nel regolare svolgimento dell'incarico assunto.

**PROCESSI SENSIBILI**

Il Servizio di Medicina del Lavoro è un'unità di offerta con caratteristiche di autonomia paragonabili a quelle di ogni altra Struttura/Unità Operativa/Unità Organizzativa operante in Clinica San Carlo che, grazie all'assetto organizzativo descritto in premessa, eroga i processi *core* richiesti dalla *mission* e che, grazie all'inserimento nella più ampia organizzazione di Clinica San Carlo ed all'interazione con i processi di supporto di Clinica, può garantire il funzionamento e la continuità operativa di quei processi *core*.

In questo scenario è stata valutata la coerenza dei processi sensibili sin qui mappati con riferimento specifico al servizio di Medicina del Lavoro. Eventuali particolarità/peculiarità richieste dal funzionamento di questo specifico servizio, che si stima abbiano ricadute sul processo sensibile, e relativa analisi dei rischi, sono evidenziati in tabella, con queste definizioni:

**rilevanza (colonna ril.)** = effettivo contributo del servizio di Medicina del Lavoro (MdL) al rischio di commissione illeciti di ciascun processo sensibile;

**misure aggiuntive** = ulteriori misure rispetto a quelle già indicate nel documento di valutazione dei rischi del processo sensibile;

NA = Non Applicabile

**legenda graduazione del rischio**

IPR < 100 RISCHIO BASSO	101 ≤ IPR < 400 RISCHIO MEDIO-BASSO	401 ≤ IPR < 700 RISCHIO MEDIO-ALTO	701 ≤ IPR < 1000 RISCHIO ALTO
----------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>14</b>	<b>SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>
---------------------------	-----------	--

processo sensibile	ril.	particolarità MdL	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
1a.RAPPORTI CON LA P.A. > ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO > CONTROLLO REQUISITI.	NO	Non accreditato	PRODURRE DOCUMENTI FALSI ATTESTANTI L'ESISTENZA DI CONDIZIONI E REQUISITI ESSENZIALI; CORROMPERE L'ESPONENTE DELL'ENTE (P.A.)	TRUFFA CORRUZIONE	OTTENERE CONCESSIONI, LICENZE ED AUTORIZZAZIONI DA PARTE DELLA P.A.	NA	NA
3b.CODIFICA PRESTAZIONI, FATTURAZIONE E INVIO FLUSSI.	NO	Non sussistono rimborsi a carico dello Stato o di Enti Pubblici	PRODURRE RICHIESTE DI REMUNERAZIONE FALSE	TRUFFA	OTTENERE INGIUSTI PROFITTI PER LE PRESTAZIONI EROGATE	NA	NA
4c.GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA.	NO	Non sussistono liste di attesa	INDURRE L'UTENTE AD UNA INGIUSTA DAZIONE DI DENARO	CONCUSSIONE	VELOCIZZARE UNA PRATICA O OTTENERE L'INSERIMENTO DEL NOMINATIVO DELL'UTENTE IN UNA LISTA DI ACCESSO PRIORITARIO ALLE PRESTAZIONI	NA	NA
5.SELEZIONE DEL PERSONALE.	SI	NESSUNA	ASSUMERE SOGGETTI AVENTI RAPPORTI DIRETTI CON RAPPRESENTANTI DELLA P.A.	CORRUZIONE	VEICOLARE DENARO VERSO SOGGETTI IN GRADO DI INFLUENZARE DECISIONI A VANTAGGIO DELL'ORGANIZZAZIONE	IPR 100, BASSO	Come Clinica
6.ASSUNZIONE DI PERSONALE, COLLABORAZIONE CON LIBERI PROFESSIONISTI, GESTIONE DEI CONTRATTI ED EROGAZIONE DI INCENTIVI.	SI	NESSUNA	PROMETTERE INCENTIVI COMMISURATI AL FATTURATO	ISTIGAZIONE AL COMPORTAMENTO ILLECITO	CREARE LE CONDIZIONI PER PERSEGUIRE MAGGIORI PROFITTI IN MODO ILLECITO (ES. EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INAPPROPRIATE)	IPR 100, BASSO	Come Clinica
7.ACQUISTO DI BENI E SERVIZI.	SI	NESSUNA	EMISSIONE DI FATTURE PER FORNITURE INESISTENTI; ASSEGNARE INCARICO DI FORNITURA AD AZIENDE RISPETTO ALLE QUALI UN SOGGETTO AVENTE UN RUOLO DIRIGENZIALE PRESSO ENTE PUBBLICO HA INTERESSI ECONOMICI	TRUFFA CORRUZIONE	CREARE FONDI / PROVVISTE DA IMPIEGARE IN USI ILLECITI. VEICOLARE DENARO VERSO SOGGETTI IN GRADO DI INFLUENZARE DECISIONI	IPR 60, BASSO	Come Clinica
8.PROTEZIONE DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI DEI PAZIENTI ED	SI	NESSUNA	ALTERARE IL FUNZIONAMENTO DI UN SISTEMA INFORMATICO E/O TELEMATICO E/O DELLE INFORMAZIONI TRATTATE DAL SISTEMA	REATI PRIVACY	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	IPR 80, BASSO	Come Clinica

**D.LGS.231/2001-ANALISI DEI PROCESSI SENSIBILI E VALUTAZIONE DEI RISCHI**

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	14	<b>SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>
---------------------------	----	--

processo sensibile	ril.	particolarità MdL	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
AZIENDALI.			INFORMATICO E/O TELEMATICO				
9.TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI.	SI	ATTIVITA' COMMERCIALE	VIOLARE LE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	OMICIDIO E LESIONI COLPOSE	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	IPR 100, BASSO	Come Clinica
10.PREVENZIONE REATI AMBIENTALI	NO	NESSUNA	VIOLARE LE NORME SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI; PREDISPORRE CERTIFICATI DI ANALISI FALSI; VIOLARE LE NORME SUGLI SCARICHI DI ACQUE REFLUE INDUSTRIALI CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE; VIOLARE LE NORME SULLE EMISSIONI IN ATMOSFERA; VIOLARE LE NORME SULLE MISURE DI TUTELA DELL'OZONO	REATO AMBIENTALE	OTTENERE UN VANTAGGIO ECONOMICO PER I MINORI COSTI SOSTENUTI	NA	NA
11. PREVENZIONE REATI SOCIETARI.	NO	NESSUNA	ESPORRE FATTI MATERIALI NON RISPONDENTI AL VERO O OMETTERE FATTI NEI BILANCI, NELLE RELAZIONI SULLA GESTIONE E NELLE COMUNICAZIONI SOCIALI; SOPRAVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; SOTTOVALUTARE AZIONI, QUOTE, CONFERIMENTI DI BENI IN NATURA, CREDITI; OCCULTARE O ALTERARE LA DOCUMENTAZIONE UTILE A RAPPRESENTARE I PROCESSI AZIENDALI INTERESSATI DALL'APPLICAZIONE DI UNA SPECIFICA NORMATIVA	FALSE COMUNICAZIONI SOCIALI FORMAZIONE FITTIZIA DEL CAPITALE OPERAZIONE IN PREGIUDIZIO DEI CREDITORI IMPEDITO CONTROLLO	INDURRE IN ERRORE I DESTINATARI DELLE COMUNICAZIONI. EVITARE INTERVENTI SUL CAPITALE SOCIALE. VENIR MENO ALLE OBBLIGAZIONI VERSO I FORNITORI GRAZIE AD UNA RIDUZIONE FITTIZIA DEL CAPITALE SOCIALE. EVITARE I MAGGIORI COSTI RICHIESTI DALL'ADEGUAMENTO DEI PROCESSI AZIENDALI AD UNA SPECIFICA NORMATIVA.	NA	NA
13. PREVENZIONE REATO DI AUTORICICLAGGIO	NO	NESSUNA	PAGAMENTO AGLI AMMINISTRATORI DI EMOLUMENTI NON DELIBERATI OVVERO DELIBERATI, MA IN MISURA SPROPORZIONATA ALL'ATTIVITA'; PAGAMENTI AI PARENTI DEGLI AMMINISTRATORI PER NON MEGLIO PRECISATE ATTIVITÀ DI CONSULENZA;	AUTORICICLAGGIO	IMPIEGO, SOSTITUZIONE, TRASFERIMENTO DI PROVVISATE ILLECITE	NA	NA

<b>PROCESSO SENSIBILE</b>	<b>14</b>	<b>SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO A FAVORE DI AZIENDE TERZE</b>
---------------------------	-----------	--

processo sensibile	ril.	particolarità MdL	modi a rischio di reato	reati	effetti	livello di rischio	misure aggiuntive
			PAGAMENTO DI COMPENSI AGLI AMMINISTRATORI A TITOLO DI CONSULENZA; PAGAMENTO DI CONSULENZE A SOCIETÀ CHE SI TROVANO IN PAESI BLACK LIST O OFF-SHORE; MOVIMENTAZIONE ECCESSIVA DEL CONTO DI CASSA SENZA UNA DESCRIZIONE ANALITICA DELLE OPERAZIONI COMPIUTE NEL MASTRINO DI CASSA O NEL LIBRO GIORNALE; SPONSORIZZAZIONI O DONAZIONI PER IMPORTI SENSIBILI A FONDAZIONI O ONLUS NON MEGLIO INDIVIDUATE; FREQUENTI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO A LUNGO TERMINE IN STRUMENTI FINANZIARI IMMEDIATAMENTE SEGUITE DALLA RICHIESTA DI LIQUIDARE LA POSIZIONE E DI TRASFERIRE I RELATIVI PROVENTI.				

### 3. COMUNICAZIONI

#### 3.1. Disposizioni in tema di whistleblowing

Con l'espressione Whistleblowing si intende la segnalazione da parte dei dipendenti e collaboratori e, più in generale, di tutti i destinatari del Modello di organizzazione e gestione di cui al D. Lgs. n. 231/2001 (di seguito i "Destinatari") di eventuali irregolarità o violazioni commesse all'interno della società. La segnalazione contribuisce a far emergere e, quindi, prevenire situazioni di rischio di commissione di eventuali reati. Il Whistleblowing è la procedura volta a incentivare le segnalazioni ed a tutelare il segnalante da eventuali ritorsioni.

In tale ambito la nostra società garantisce a tutti i Destinatari l'accessibilità a uno o più canali che consentano di presentare, a tutela dell'integrità della società stessa, segnalazioni "interne" (di seguito le "Segnalazioni") di irregolarità o illeciti e, tra questi, di:

condotte illecite, presunte o effettive, rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti;

violazioni, presunte o effettive, del Modello o del Codice Etico adottati dalla Società;

"informazioni sulle violazioni", ex art. 2, comma I, lett b), D. Lgs. 24/2023.

Non possono costituire oggetto di segnalazione le doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni / istanze che rientrino nella disciplina del rapporto di lavoro.

Tutti i Destinatari possono presentare le Segnalazioni, qualora in buona fede ritengano sussistenti condotte illecite o violazioni del Modello o del Codice Etico di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte. La Segnalazione si intende eseguita in buona fede quando la stessa è effettuata sulla base di una ragionevole convinzione fondata su elementi di fatto e circostanziati.

La Società garantisce, comunque, i segnalanti in buona fede contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione, fatto salvo il diritto degli aventi causa di tutelarsi qualora siano accertate in capo al segnalante responsabilità di natura penale o civile legate alla falsità della dichiarazione e fatti salvi gli obblighi di legge.

Sono sanzionati coloro che violano le misure di tutela del segnalante.

I Destinatari hanno l'obbligo di relazionarsi direttamente con l'Organismo di Vigilanza della Clinica Polispecialistica San Carlo srl per segnalare casi di commissione di reati, circostanze di condotte illecite rilevanti ai sensi della normativa 231 e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, eventuali violazioni del Modello, nonché qualsiasi episodio di scostamento dai principi di condotta previsti dal Modello e dal Codice Etico, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte.

#### 3.2 Contenuto della segnalazione

Il segnalante (c.d. whistleblower) deve fornire tutti gli elementi utili a consentire all'Organismo di Vigilanza di procedere ai necessari accertamenti tesi a verificare la fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione. A tal fine preferibilmente, si richiede la presenza dei seguenti elementi:

i dati anagrafici del segnalante e qualifica lavorativa;

una chiara e completa descrizione del fatto oggetto di segnalazione;

se note, le circostanze di tempo e di luogo in cui il fatto è stato commesso;

se note, le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i soggetti che ha/hanno posto in essere i fatti segnalati;

le eventuali violazioni del modello organizzativo riscontrate;

l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza dei fatti;

ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati. Le segnalazioni anonime non usufruiranno delle tutele previste dalla presente procedura ma, verranno considerate come una qualsiasi segnalazione anonima e saranno prese in esame solo se relative a fatti di particolare gravità e con un contenuto che risulti adeguatamente dettagliato e circostanziato. In ogni caso resta fermo il requisito della veridicità dei fatti segnalati, anche a tutela di eventuali soggetti a cui si riferisce la segnalazione.

### **3.3 Modalità della segnalazione**

La segnalazione potrà essere inviata all'Organismo di Vigilanza con le seguenti modalità: attraverso l'applicativo interno Qweb con il percorso: segnalazioni – varie – whistleblowing e compilando l'apposito spazio; alla specifica casella di posta elettronica dell'OdV dedicata alle segnalazioni (segnalazioni.whistleblowing@clnicasancarlo.it); a mezzo servizio postale in busta chiusa con raccomandata al seguente all'ODV Clinica Polispecialistica San Carlo srl c/o Avv. Nicola Borgonovo, Milano (CAP 20123), Via Francesco Petrarca 6;

### **3.4 Forme di tutela del Whistleblowing e misure sanzionatorie**

L'identità del segnalante (whistleblower) non può essere rivelata senza il suo espresso consenso. La violazione della riservatezza è passibile di sanzione disciplinare, fatte salve le eventuali ulteriori sanzioni di legge. Nei confronti del segnalante non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria diretta o indiretta. Sarà, d'altra parte, sanzionato disciplinarmente chiunque effettui, con dolo o colpa grave, segnalazioni che si rivelino infondate. Resta ferma la responsabilità penale e civile del segnalante (whistleblower) in caso di segnalazioni diffamatorie.

### **3.5 Raccolta e conservazione della documentazione**

Tutta la documentazione dell'OdV viene conservata dall'Organismo di Vigilanza in un apposito database informatico e/o cartaceo.

I dati e le informazioni sono posti a disposizione di soggetti esterni all'Organismo di Vigilanza solo previa autorizzazione dell'Organismo stesso.