UMBRIA SALUTE SCARL S.c. a r.l.

MODELLO ORGANIZZATIVO

AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO

8 GIUGNO 2001, N.231

Il presente M.O. è stato integrato con il PTPC 2017-2019, al fine di raffiorzare i presidi di anticorruzione ivi adottati, così come previsto dalla Determinazione ANAC 831/2016

Data documento 30 gennaio 2017

INDICE

IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001 4
Premessa 4
Introduzione 4
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO. 5
LE SANZIONI 10
LA SOCIETA' UMBRIA SALUTE SCARL 12
SERVIZI FORNITI DA UMBRIA SALUTE 15
Il ruolo di Umbria Salute scarl per l'attuazione delle misure di prevenzione 16
Strategia di prevenzione 16
Obiettivi 16
Lo schema organizzativo 18
ORGANISMO DI VIGILANZA 19
Referenti 24
La gestione del rischio 24
La metodologia adottata per la valutazione del rischio 24
PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO 25
INDIVIDUAZIONE AREE A RISCHIO 27
ATTIVITA' SENSIBILI 27
REATI ESCLUSI 27
ATTIVITA' SENSIBILI IN RELAZIONE AI REATI 28
Le misure per la gestione del rischio 30
PRINCIPI DI COMPORTAMENTO CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 31
RIEPILOGO DEI PROCESSI PRESENTI NEL M.O. 231 33
Descrizione analitica processi 34
FINANZA DISPOSITIVA 35
SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE E CONFERIMENTO INCARICHI ESTERNI 37
SPESE DI RAPPRESENTANZA [verso pubblici dipendenti ed amministratori] 44
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI CON RUOLO PUBBLICISTICO 45
ACCORDI TRANSATTIVI 47
FORNITURA DI BENI E SERVIZI 49
RAPPORTI CON ISTITUZIONI E AUTHORITY 51
FINANZA AGEVOLATA 53
AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI 56
PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 58
PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON SOGGETTI NON PUBBLICI 60
OBBLIGHI PREVIDENZIALI E TRIBUTARI 61
OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE E "FUORI PROCEDURA" DAI SOGGETTI APICALI 63
REATI SOCIETARI 64
REATI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO RAPPORTI CON SOGGETTI PUBBLICI IN SEDE DI VERIFICA / ISPEZIONE RELATIVAMENTE A CRITICITA` EMERSE SULLA SICUREZZA SUL LAVORO D.LGS.N. 81/2008 67
REATI INFORMATICI 73
GESTIONE DEL SERVIZIO DI CASSA SPORTELLI CUP 79
INDICE "REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI CASSA SPORTELLI CUP 79
1. INTRODUZIONE 81
2. REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI RISCOSSIONE 82
2.1. DISCIPLINA DEL SERVIZIO DI CASSA 82
2.2. RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI CASSA 82
2.3. GESTIONE CONTABILE DEGLI INCASSI 82
2.4. FONDO CASSA 83
2.5. MODALITÀ DI RISCOSSIONE 83
2.6. RILASCIO DELLE RICEVUTE E DELLE FATTURE 84
Ricevute 84
Fatture 84
Riscossione tramite bollettari madre/figlia 84
2.7. GESTIONE DEI RIMBORSI 84
2.8. GESTIONE DEGLI STORNI 85
2.9. CHIUSURA DI CASSA DEL SINGOLO OPERATORE 85
2.10. VERIFICA E CONTROLLO GIORNALIERO DELLA CASSA 86
2.11. GESTIONE DELLE DIFFERENZE DI CASSA 86
2.12. CUSTODIA DELLE SOMME RISCOSSE E MODALITÀ DI VERSAMENTO 87
2.13. TENUTA DELLE CHIAVI DEI LOCALI CUP E DELLE CASSEFORTI 87
2.14. SOTTRAZIONE O FURTO 88
2.15. RENDICONTO 88
2.16. ELENCO DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ E MODALITÀ DI CONSERVAZIONE 88
DISPOSIZIONI PARTICOLARI 89
Formazione del personale ad alto rischio di reato 96

Trasparenza amministrativa 96
Codice Etico *99*
Pubblicità del M.O. 231 ..... *99*

IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001

Premessa

Introduzione

Il presente Modello Organizzativo, adottato da Umbria Salute Scarl (già denominata Webred Servizi scarl) a norma del D.Lgs.n. 231/2001 “Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica", come deliberato dall’Amministratore Unico in data 24.01.2014, è stato nel tempo implementato per le parti riferite agli obblighi di anticorruzione e di trasparenza di cui alla Legge 190/2012 e al D.Lgs. 33/2013, nonché alle disposizioni del Decreto 39/2013 in materia di inconvertibilità e incompatibilità degli incarichi, come più avanti meglio riportato.

Al riguardo si evidenzia che al momento della loro entrata in vigore, le suddette normative prevedevano l’applicazione parziale nei confronti delle società pubbliche quale Umbria Salute, e cioè limitatamente all’attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dall’Unione europea. In particolare, in tema di anticorruzione di cui alla Legge 190/2012 erano applicabili le disposizioni dell’art.1, commi da 15 a 33.

La circolare n.1/2014 del Dipartimento della Funzione pubblica, nonchè la nota ANAC del 10 Febbraio 2014, hanno previsto e consentito l’integrazione/implementazione dei M.O. 231 da parte delle Società che già ne disponevano, estendendone l’ambito applicativo anche ai reati considerati dalla Legge 190/2012, consentendo inoltre l’individuazione del Responsabile per la corruzione anche nell’Organismo di Vigilanza di cui all’art.6 del D.Lgs.231/2001.

L’integrazione/implementazione operata da Umbria Salute è avvenuta rielaborando ogni processo già presente nel M.O. 231, a seguito della mappatura dei rischi effettuata dalla società e aggiungendo specifiche note riguardanti la Legge 190/2012, il D.Lgs.33/2013 e il D.Lgs.39/2013, nonchè il controllo dei flussi da parte dell’ODV.

Il M.O. 231 di Umbria Salute ha rivestito pertanto la funzione di Piano per la Prevenzione della Corruzione il cui responsabile è stato lo stesso ODV, fino alla nomina di un nuovo RPC interno alla Società e fino all’adozione del PTPC 2016-2018.

La Determinazione ANAC n.8 del 17 giugno 2015 “ Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici” ha esteso l’applicazione delle norme anticorruzione e trasparenza alle società in controllo pubblico ed in maggior modo nei confronti delle società in house, **prevedendone la totale applicazione,** con la creazione di una apposita sezione nel M.O. 231/2001 dedicata al “ Piano triennale per la prevenzione della corruzione” da affidare ad un responsabile interno nominato ai sensi del comma 7 dell’art.1 della

Legge 190/2012 che dovrà relazionarsi con l'ODV che sarà responsabile dell'attuazione del solo M.O. 231/2001.

Per quanto sopra, Umbria Salute ha avviato un processo che ha portato a individuare e nominare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge n. 190/2012 nonchè a dotarsi del Piano di Prevenzione della Corruzione, ad integrazione del presente M.O. 231, collocando il Piano quale sezione apposita del modello al fine di consentire l'identificazione delle diverse misure idonee a prevenire i fenomeni di corruzione e di illegalità all'interno della Società in coerenza con le finalità della legge n.190/2012, tenuto conto che ad esse sono correlate forme di gestione e responsabilità differenti.

Oltre a sviluppare il suddetto PTPC in linea con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (nel seguito PNA) e successivi aggiornamenti, lo scopo è anche quello di implementare un ciclo "integrato" per la promozione dell'integrità, della legalità e della trasparenza, garantendo una coerenza tra gli ambiti comuni già sviluppati nel Modello Organizzativo 231.

E' stato altresì effettuato l'aggiornamento del Codice Etico adottato dalla Società, sulla base del Codice Comportamentale previsto per le PA e loro dipendenti (DPR 62/2013 a norma art.54 DLgs.165/2001), naturalmente per quanto possibile, considerata la natura privatistica della Società ed il contratto nazionale alla stessa applicato.

Riepilogo stato adozione del M.O. 231

- **Approvato dall'Assemblea dei Soci del 20/04/2012;**
- **Modificato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Amministratore Unico Webred Spa, n. 1807 del 5 Novembre 2013;**
- **Modificato a seguito deliberazione dell' Amministratore Unico Webred Spa del 24 Gennaio 2014;**
- **Modificato a seguito deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Amministratore Unico Webred Spa n.1835 del 25 Marzo 2014;**
- **Approvato dall'Assemblea dei Soci del 25/03/2014**
- **Approvato dall'Assemblea dei Soci del 25/02/2015**

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 dal titolo "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica", entrato in vigore in data 4 luglio 2001, ha inteso adeguare la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune convenzioni internazionali alle quali l'Italia aveva aderito (Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee, Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione nella quale sono coinvolti funzionari della Comunità Europea o degli stati membri della Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione dei pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche

internazionali).

Il legislatore, dunque ponendo fine ad un acceso dibattito dottrinale, ha superato il principio secondo cui societas delinquere non potest1, introducendo, a carico degli enti (gli enti forniti di personalità giuridica, le società e le associazioni anche prive di personalità giuridica; di seguito, anche collettivamente indicati come "Enti" e singolarmente come "ente"; sono esclusi lo Stato, gli enti pubblici territoriali, gli enti pubblici non economici e quelli che svolgono funzioni di rilievo costituzionale), un regime di responsabilità amministrativa (invero, dal punto di vista pratico, assimilabile ad una e vera propria responsabilità penale) nell'ipotesi in cui alcune fattispecie di reato vengano commesse, nell'interesse o a vantaggio degli Enti stessi, da, come specificato dall'art.5 del Decreto:

- soggetti che rivestano funzioni di rappresentanza, amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (si tratta dei c.d. soggetti in posizione apicale);
- soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui sopra i c.d. soggetti in posizione subordinata).

Non tutti i reati commessi dai soggetti sopra indicati implicano una responsabilità amministrativa riconducibile all'ente, visto che sono individuate come rilevanti solo specifiche tipologie di reati.

Di seguito si riportano le categorie rilevanti per il decreto 231/2011.

La prima tipologia di reati introdotta nel D.lgs 231/2011 è quella dei reati commessi nei confronti della pubblica amministrazione, che vengono dettagliati agli art. 24 e 25 del suddetto decreto ovvero:

- indebita percezione di contributi, finanziamenti o altre erogazioni da parte di un ente pubblico (316 ter cod. pen.);
- truffa in danno allo stato o di altro ente pubblico (art.640, n.1 cod. pen.);
- truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art 640 ter cod .pen.);
- frode informatica in danno dello stato o di altro ente pubblico (art. 640ter cod. pen.);
- corruzione per un atto di ufficio (artt. 318 e 321 cod. pen.);
- corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio 8artt.319 e 321 cod. pen.);
- corruzione in atti giudiziari (artt.319 ter e 321 cod. pen.);
- istigazione alla corruzione (art.322 cod. pen.);
- corruzione di persone incaricate di pubblico servizio (artt.320 e 321 cod. pen.);
- concussione (art.317 cod. pen.);
- malversazione a danno dello stato o di altro ente pubblico (art.316 bis cod. pen);
- peculato ,concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi della Comunità europee e di stati esteri (art.322 bis cod. pen.).

L'art.25 bis del decreto 231/2001-introdotto dall'art.6 della legge 23 settembre 2001, n.409-richiama, poi, i reati di falsità in monete, in carte di pubblico credito e in valori da bollo:

- falsificazione di monete, spendita e introduzione nello stato, di monete falsificate (art.453 cod. pen.);
- alterazione di monete (art.454 cod. pen.);

[11] Prima dell'emanazione del Decreto, era escluso che una società potesse assumere, nel processo penale, la veste di imputato. Si riteneva infatti, che l'art.2 della Costituzione, che statuisce il principio della personalità della responsabilità penale, impedisse l'estensione dell'imputazione penale ad una società e, quindi, ad un soggetto "non personale". La società, dunque poteva essere chiamata a rispondere.

- spendita e introduzione nello stato, senza concerto di monete falsificate (art.455 cod. pen.);
- spendita in monete falsificate ricevute in buona fede 8art.457 cod. pen.);
- falsificazione di valori di bollo, introduzione nello stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art.459 cod. pen.);
- contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (artt.460 cod. pen.);
- uso di bollo contraffatti o alterati (art.464 commi 1 e 2, cod. pen.).

Un'ulteriore e importante tipologia di reati cui è ricollegata la responsabilità amministrativa dell'Ente è, inoltre costituita dai reati societari, categoria disciplinata dall'art.25 ter del decreto, disposizione introdotta dal D.lgs. 11 aprile 2002, n.61, che individua le seguenti fattispecie, così come modificate dalla legge 28 dicembre 2005, n.262:

- false comunicazioni sociali (art. 2621 c.c.);
- false comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori (art. 2622, commi 1 e 2, c.c.);
- falso in prospetto (art. 173-bis, D.lgs. 24 febbraio 1998m n. 58 che ha anche abrogato l'art. 2623 c.c.);
- falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni della società di revisione (art. 2624, commi 1 e 2, c.c.);
- impedito controllo (art. 2625, comma 2, c.c.);
- indebita restituzione dei conferimenti (art. 2626 c.c.);
- illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.);
- illecite operazioni sulle azioni o quote sociali proprie o della società controllante (art.2628 c.c.);
- operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 c.c.);
- omessa comunicazione del conflitto di interessi (art. 2629-bis c.c.);
- formazione fittizia del capitale (art. 2632 c.c.);
- indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.);
- illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 c.c.);
- aggiotaggio (art. 2637 c.c.);
- ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638, commi 1 e 2, c.c.).

L'intervento riformatore non si è fermato e, con la legge 14 gennaio 2003 n.7, è stato introdotto l'art.25 quater con cui si estende ulteriormente l'ambito di operatività della responsabilità amministrativa da reato ai delitti aventi finalità di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali o comunque che siano stati posti in essere in violazione della convenzione internazionale per la repressione del finanziamento del terrorismo stipulata a New York il 9 dicembre 1999. Successivamente, l'art. 5 della Legge 11 agosto 2003, n. 228 ha aggiunto agli altri l'art. 25-quinquies, riguardante i delitti contro la personalità individuale, quali, a titolo di esempio, la riduzione in schiavitù e la tratta di persone. La Legge 18 aprile 2005, n. 62 ha introdotto nel Decreto l'art. 25 sexies che inserisce nell'elenco di cui sopra i reati di abuso di informazioni privilegiate e di manipolazione del mercato previsti dalla parte V, titolo I bis, capo Ii, del Testo Unico di cui al D.lgs. 24 febbraio 1998 n. 58.

La Legge 3 agosto 2007, n. 123 ha introdotto nel Decreto, con l'art. 25-septies, tra i reati anche quelli di omicidio colposo e lesioni colpose gravi e gravissime commessi in violazione delle normative antinfortunistiche e relative alla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

Il Decreto Legislativo 231 del 2007, che ha recepito la direttiva 2005160/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, ha introdotto nel Decreto l'art. 25-octies, riguardante i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita.

La legge 18 marzo 2008, n.48 ha introdotto l'art.24 bis del decreto, che estende la responsabilità degli enti anche ai reati informatici e precisamente:

- accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art.615 ter cod. pen.);
- intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art.617 quater cod. pen.);
- installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art.617 quinuies cod. pen.);
- danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art.635 ter cod. pen.);
- danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art.635 quater cod. pen);
- danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art.635 quinquies cod. pen.);
- detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art.615 cod. pen.):
- diffusione di apparecchiature, dispositive o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art.615quinques cod. pen.);
- documenti informatici (art.491 bis cod. pen.);

La legge 15 luglio 2009, n.94, recante disposizioni in materia di sicurezza pubblica, ha introdotto l'art 24 ter relativo alla responsabilità degli enti per la commissione dei delitti di criminalità organizzata quali a titolo di esempio, associazione a delinquere di stampo mafioso, sequestro di persona a scopo di estorsione.

Con legge 23 luglio 2009, n.99, recante disposizioni per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese, nonché in materia di energia, sono state ampliate le ipotesi di reato di falso previste dall'art.25 bis del decreto, aggiungendo alcuni reati che tutelano la proprietà industriale ossia:

- contraffazione ,alterazione o uso di marchi o segni distintivi ovvero di brevetti, modelli e disegni (art.473 cod. pen.);
- introduzione nello stato e commercio di prodotti con segni falsi (art.474 cod. pen.).

Il medesimo intervento legislativo ha introdotto l'art.25 bis 1, volto a prevedere la responsabilità degli enti per i reati contro l'industria e il commercio nonché l'art. 25 novies volto a prevedere la responsabilità degli enti per i delitti in materia di violazione del diritto d'autore.

La legge 3 agosto 2009, n.116 ha inserito nel decreto l'art.25 diecies, riguardante l'induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziale.

Infine il comma 2 dell'art.2 del D.Lgs. 7 luglio 2011 n. 121, all'art.25 –undicies del Decreto 231/2001 ha introdotto i reati ambientali.

L'art.2 del D.Lgs n. 109 del 16.07.2012 " Attuazione della direttiva 2009/52/CE che introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare", ha aggiunto al D.Lgs.n. 231/2001 l'art.25-duodecies "Impiego

di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare" che riguarda la commissione del reato di cui all'art.22, comma 12 del DLgs.n.286/1998 e cioè : "Il datore di lavoro che occupa alle proprie dipendenze lavoratori stranieri privi del permesso di soggiorno previsto dal presente articolo, ovvero il cui permesso sia scaduto e del quale non sia stato chiesto, nei termini di legge, il rinnovo, revocato o annullato, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa di 5.000 euro per ogni lavoratore impiegato". La Legge 190 del 6 Novembre 2012 " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" ha apportato modifiche agli artt. 25 " Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione" e 25 ter "Reati societari " del D.Lgs.n. 231/2001. Al titolo dell'art.25, dopo la parola concussione, sono state aggiunte le parole induzione indebita a dare o promettere utilità, reato previsto dall'art.319-quater del codice penale, aggiunto al 3° paragrafo del suddetto art.25. L'art. 319-quater è stato inserito dall'art.1, comma 75 della Legge 190/2012 e così recita:
"Salvo che il fatto costituisca grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o a prometere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità è punito con la reclusione da tre a otto anni. Nei casi previsti dal primo comma, chi dà o promette denaro o altra utilità è punito con la reclusione fino a tre anni."
All'art.25-ter, è stata invece introdotta la lettera s-bis), che prevede, nel caso di corruzione tra privati, un aggravio della sanzione pecuniaria di circa il doppio, qualora trattasi di società con titoli quotati nel mercato italiano o estero.

Riepilogando, le fattispecie di reato al momento contemplate dal D.lgs. n.231/2011 alla data del 31/03/2011 sono le seguenti:

Art. 24 - Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico;

Art. 24 bis - Delitti informatici e trattamento illecito di dati;

Art. 24 ter - Delitti di criminalità organizzata;

Art. 25 - Concussione e corruzione;

Art. 25 bis - Falsità in monete, in carte di pubblico credito e in valori di bollo;

Art. 25 bis 1 - Delitti contro l'industria e il commercio;

Art. 25 ter - Reati societari;

Art. 25 quater - Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico Art. 25 quater.l - Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili;

Art. 25 quinquies - Delitti contro la personalità individuale;

Art. 25 sexies - Abusi di mercato;

Art. 25 septies - Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro;

Art. 25 octies - Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;

Art. 25 novies - Delitti in materia di violazione del diritto d'autore;

Art. 25 decies - Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria;

Art. 25 undicies - Reati ambientali.

Art.25 duodecies – Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare.

LE SANZIONI

Qualora i soggetti di cui all'art.5 del decreto 231/2011 commettano uno dei reati sopra descritti, l'Ente potrà subire l'irrogazione di sanzioni.

Le sanzioni denominate amministrative si distinguono in :

1. sanzioni pecuniarie;
2. sanzioni interdittive;
3. confisca;
4. pubblicazione della sentenza.

Dal punto di vista generale, è opportuno precisare che l'accertamento della responsabilità dell'Ente, nonché la determinazione dell' an e del quantum della sanzione, sono attribuiti al giudice penale competente per il procedimento relativo ai reati dai quali dipende la responsabilità amministrativa. L'Ente è ritenuto responsabile dei reati individuati dagli artt.24 e ss. anche se questi siano stati realizzati nelle forme del tentativo, in tali casi, però le sanzioni pecuniarie e interiettive sono ridotte da un terzo alla metà.

Sanzioni pecuniarie

Le sanzioni pecuniarie trovano regolamentazione negli artt. 10,11 e 12 del D.lgs. n.231/2001 e si applicano in tutti i casi in cui sia riconosciuta la responsabilità dell'Ente.

Sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive, individuate dal comma II dell'art.9 del decreto ed irrogabili nelle sole ipotesi tassativamente previste sono:

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

Le sanzioni interdittive possono essere applicate all'Ente all'esito del giudizio, accertata la colpevolezza dello stesso, o in via cautelare quando:

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

La confisca

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

La pubblicazione della sentenza.

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

Per completezza, deve osservarsi che l'Autorità Giudiziaria può, altresì, a mente del decreto, disporre: 1) il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca (art.53);2) il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'Ente qualora sia riscontrata la fondata ragione di ritenere che manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento o di altre somme dovute allo stato (art.54).

nel M.O.

Legge 190/2012.

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha introdotto l'obbligo per l'organo di vertice dell'Amministrazione di adottare, su proposta del Responsabile dell'Anticorruzione, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), nel quale fornire una valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione degli uffici ed indicare gli interventi volti a prevenirlo.

Oltre alla Legge n.190/2012, le altre principali norme di riferimento sono:

- il D.Lgs. n. 33/2013 " Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il D.Lgs. n. 39/2013 " Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50 della Legge 6 novembre 2012 n.190".

Il D.L. n.90/2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", **con l'art. 24-bis, ha integralmente sostituito l'art.11 del D.lgs. n. 33/2013,** introducendo per le società soggette al controllo pubblico**, la medesima disciplina** prevista per le pubbliche amministrazioni di cui all'art.1 comma 2 del DLgs 165 del 2001, sottoponendole pertanto alla totale applicazione delle regole sulla trasparenza.

L'ADOZIONE E L'ATTUAZIONE DI UN MODELLO DI ORGANIZZAZIONE- FORME DI ESONERO DELLA RESPONSABILITA'.

L'art.6 del D.Lgs. 231/2001, nell'introdurre il suddetto regime di responsabilità amministrativa, prevede tuttavia una forma specifica di esonero da detta responsabilità qualora l'Ente dimostri:

- di avere preventivamente adottato ed attuato, un modello organizzativo (M.O.) idoneo a prevenire i reati e gli illeciti verificatosi;
- di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del modello organizzativo (ODV);
- che le persone hanno commesso i reati e gli illeciti eludendo fraudolentemente il M.O.;
- che non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'ODV preposto.

Il Decreto prevede inoltre che il M.O. risponda alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito esiste la possibilità di commissione di reati;
- prevedere una specifica informativa circa l'esistenza ed il contenuto del M.O. aziendale;
- prevedere i flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza;
- prevedere un sistema disciplinare interno idoneo a sanzionare il mancato rispetto di quanto contenuto

LA SOCIETA' UMBRIA SALUTE SCARL

UMBRIA SALUTE SCARL, già denominata Webred Servizi Scarl**,** è una Società consortile *in house* delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della regione Umbria, alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute e che, ai sensi dell'art.9 della Legge Regionale dell'Umbria n.9 del 29.04.2014, svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità **(CRAS),** ai sensi dell'art.33 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

La Società eroga servizi di supporto di interesse generale finalizzati alla tutela della salute, operando per la produzione di beni e la fornitura di servizi rivolti all'utenza, compresa l'attività di front-office e back-office di servizi al cittadino (CUP) e curando la gestione dei flussi informativi del Sistema sanitario regionale e per favorire, secondo quanto previsto nella Programmazione Digitale Regionale (Piani Triennali), l'attuazione della digitalizzazione del Sistema sanitario regionale, entro i limiti individuati dalla L.R.Umbria n. 9 del 30 aprile 2014, per quanto di competenza delle Aziende sanitarie regionali.

L'attività d'interesse generale si svolge anche, in forma non prevalente, tramite lo svolgimento di servizi a supporto delle attività istituzionali delle Aziende consorziate (AUSL Umbria 1, AUSL Umbria 2, Azienda Ospedaliera di Perugia, Azienda Ospedaliera di Terni):

a) il supporto tecnico-amministrativo alle direzioni aziendali;

b) il supporto alle aziende per il contributo aziendale al Sistema informativo sanitario regionale, di cui alla Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del Servizio sanitario regionale);

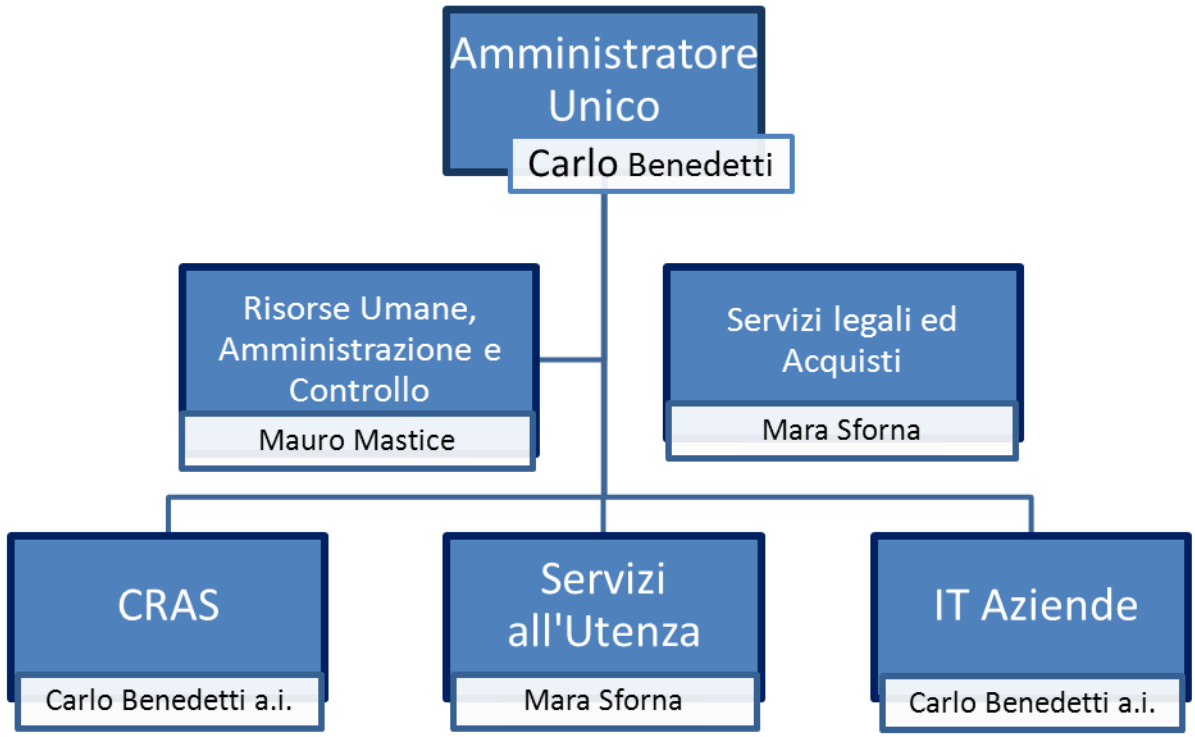
c) il supporto per l'integrazione dei sistemi informatici aziendali con quelli regionali;

d) il back office dei servizi aziendali.

In data 29/12/2014 la Regione Umbria ha designato Umbria Salute–CRAS quale Ente Aggregatore ai sensi dell'art. 9 comma 5 del D.L. 66/2014, convertito in Legge n. 89/2014, con il compito prevalente di raccolta dei fabbisogni di acquisto per le Aziende Sanitarie umbre e di programmazione coordinata ed armonizzata degli acquisti, al fine di razionalizzare la spesa pubblica.

L'unità operativa denominata **CRAS** è al momento in fase di completamento per quanto riguarda la propria strutturazione interna. Per tale motivo le n. 2 gare bandite nel 2015 sulla base del piano CRAS 2014-2015, sono state gestite da Umbria Salute-CRAS in sinergia con le stesse Aziende Sanitarie coinvolte.

La Società,con personale presente sia presso la sede sociale di Perugia, sia presso le varie sedi delle Aziende Sanitarie consorziate dislocate nel territorio regionale, è così configurata :



STORIA DELLA SOCIETA'

La Società è stata costituita dalla Webred Spa, Società a capitale interamente pubblico, a dicembre 2006 in forma di SRL con Unico Socio (Webred Spa), ai sensi di quanto previsto dal 3° comma dell'art.13 del D.L. 223/2006 (cosidetto Decreto Bersani) e s.m.i..

Fino al 28 maggio 2009 la Società è stata al 100% della Webred S.p.A. che, oltre ad esserne l'Unico Socio è stata nominata "Amministratore Unico" della stessa.

In data 28 maggio 2009 la Umbria Salute, a seguito dell'acquisto dell'8% delle quote da parte delle sei Aziende sanitarie della regione Umbria, è divenuta una società a totale capitale pubblico che svolge attività strumentale nei confronti dei soggetti pubblici soci secondo il modello *in house providing* come disciplinato dall'ordinamento comunitario e interno.

In data 19 marzo 2010 è avvenuta la trasformazione della Umbria Salute scarl in Società Consortile a responsabilità limitata ex art. 2615 ter c.c.. Inoltre, per effetto dell'atto di cessione di quote avvenuto in pari data da parte della Webred Spa, ciascuna delle sei Aziende sanitarie socie è entrata in possesso dell' 8,5% delle quote societarie. A seguito dell'entrata in vigore dell'art. 60 della L.R. n. 18 del 12 novembre 2012 "Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale" che ha previsto la riduzione da 4 Aziende Sanitarie a 2 ed i in particolare il subentro della nuova "AUSL Umbria n.1" alle AUSL n. 1 di Città di Castello e AUSL n. 2 di Perugia ed il subentro della nuova "AUSL Umbria n.2" è alle precedenti ASL n.3 di Foligno e ASL n.4 di Terni, le quote societarie della Umbria Salute scarl erano detenute come di seguito riportato :

Soci	**Quote**
Webred S.p.A.	49%
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1	17%
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2	17%
Azienda Ospedaliera di Perugia	8,5%
Azienda Ospedaliera di Terni	8,5%

Successivamente l' Assemblea dei Soci di Webred S.p.A. del 25/02/2014 ha autorizzato la cessione del 49% delle quote di capitale della Umbria Salute scarl (già Webred Servizi scarl) a favore delle Aziende sanitarie socie pertanto la nuova compagine societarie è così ripartita:

Soci	**Quote**
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1	25%
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2	25%
Azienda Ospedaliera di Perugia	25%
Azienda Ospedaliera di Terni	25%

SERVIZI FORNITI DA UMBRIA SALUTE

Il ruolo di Umbria Salute scarl per l'attuazione delle misure di prevenzione .

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza.

In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione che Umbria Salute effettua ed effettuerà sempre di più verso il proprio personale e che sono volte a dettare regole etico/comportamentali, anche al fine di creare con l'esterno un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

Gran parte del personale di Umbria Salute opera a contatto con gli utenti che usufruiscono dei servizi sanitari forniti nel territorio della regione Umbria e rappresentano in tal modo la prima interfaccia con la cittadinanza stessa.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria consorziate di Umbria Salute controllano l'operato di quest'ultima in analogia con quanto avviene al proprio interno, anche relativamente alla normativa sulla trasparenza e prevenzione della corruzione.

Relativamente all'attività svolta da Umbria Salute nel corso degli anni, non si sono verificati finora eventi quali annullamento di atti da parte del TAR o sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti a carico di dirigenti e/o dipendenti o richieste di risarcimento del danno nei confronti della Società.

Il M.O. 231, integrato con il PTPC 2016-2018 successivi aggiornamenti, oltre a rappresentare un motivo di esenzione dalla responsabilità della Società con riferimento alla commissione di alcune tipologie di reato, ha lo scopo di costruire un sistema strutturato e organico di processi ed attività di controllo, anche preventivo, proprio finalizzato a prevenire la commissione di reati previsti nel richiamato Decreto 231/2001 (corruzione in primis) e di ottemperare alle previsioni di cui alla Legge 190/2012, al D.LG.33/2013 e al D.Lgs.39/2013.

Strategia di prevenzione

Obiettivi

Gli obiettivi sono quelli di:

- ridurre le opportunità di incorrere in uno o più dei reati previsti dal D.Lgs.231/2001, con particolare riguardo alla corruzione (M.O. 231),
- aumentare la capacità di scoprire casi di commissione di reato (ODV),
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione e altri reati (PROCESSI E SANZIONI)

Il Modello Organizzativo 231: struttura – contenuti - periodo di riferimento - modalità di aggiornamento

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, lo strumento individuato dal D.Lgs.231/2001 è l'adozione da parte delle società di un efficace modello di organizzazione e di gestione idoneo a prevenire reati 231, affidando il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello, nonché di curarne l'aggiornamento, ad un Organismo delle società, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo.

Il M.O., come già sopra riportato, deve essere strutturato in modo tale da rispondere alla esigenza di individuazione delle attività nel cui ambito esiste la possibilità di commissione di reato e rivolgersi pertanto a tutte le strutture coinvolte, ivi inclusi soggetti apicali, collaboratori, ecc...
Deve quindi effettuarsi una specifica informativa circa l'esistenza ed il contenuto del M.O. aziendale.
Il M.O. deve essere efficace nella sua applicazione al fine della esimenza dei reati eventualmente commessi.
In ultimo il M.O. è stato integrato con il PTPC 2016-2018 come consentito dalla Deliberazione ANAC dell'8 giugno 2015.
Per l'integrazione tra il M.O. 231 e il PTPC si rimanda a quanto riportato nel Piano stesso, in particolare al punto 1.3.1.

Il M.O. 231 di Umbria Salute scarl è strutturato in modo da contenere la descrizione di:

- fattispecie di reato
- aree a rischio di reato ed attività sensibili - reati esclusi
- principi generali del controllo interno
- principi di comportamento con la PA: area del fare /area del non fare
- Organismo di Vigilanza e flussi informativi
- Regolamento del suddetto ODV
- Descrizione dei processi con indicazione di:
    - reati associabili,
    - attività di controllo
    - flussi informativi da trasmettere a cura delle diverse funzioni, all'ODV per i relativi monitoraggi e controlli.
- Sistema disciplinare

I processi riportati nel M.O. 231 di Umbria Salute scarl sono il risultato del seguente processo:

- Macro/micro mappatura delle attività aziendali attraverso apposite schede.
- Definizione delle aree di attività a rischio di reato attraverso l'analisi delle schede prodotte dagli **Uffici/referenti aziendali** individuati dal preposto all'attuazione del M.O.231.
- Definizione processi operativi relativi alle attività considerate a rischio di reato, con associazione dei relativi reati, al fine di ridurne l'occasione di compimento di reato
- Predisposizione singole schede per l'invio dei flussi informativi relativi alle attività svolte nel periodo di riferimento (normalmente trimestrale), all'ODV di vigilanza che procede alla verifica del rispetto dei processi contenuti nel M.O.
- Attribuzione schede per competenza, all'Ufficio individuato

Umbria Salute scarl provvede all'aggiornamento del proprio M.O., a cura del preposto all'attuazione del modello stesso di concerto con l'Organismo di Vigilanza, in occasione di modifiche normative e/o di modifiche concrete riguardanti l'attività della società e comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità.

Lo schema organizzativo

Per l'attuazione del M.O. 231 **l'Amministratore Unico** di Umbria Salute scarl ha individuato un "preposto" interno il quale concorre, insieme ad altri dallo stesso individuati come propri referenti, alla realizzazione degli obiettivi di cui al precedente punto.

Lo schema organizzativo vede quindi:

1) L'Amministratore Unico quale organo societario di indirizzo cui compete l'individuazione del preposto all'attuazione del M.O. 231, nonchè l'individuazione dell'ODV
2) l'individuazione da parte del preposto delle Funzioni Referenti.

Al momento l'articolazione della società è la seguente:

Un Amministratore Unico al quale rispondono le seguenti Strutture Operative:

- Centrale di Acquisto Regionale per la Sanità (CRAS) affidata ad interim a Carlo Benedetti con i compiti di assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del SSR mediante la razionalizzazione della spesa sanitaria per forniture e servizi, il rispetto dei principi di efficacia ed efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi;

- Servizi all'utenza affidata a Mara Sforna con i compiti di razionalizzare, garantire e migliorare l'erogazione dei servizi rivolti all'utenza del Sistema Sanitario Regionale sia di front office che di back office nonché dei servizi di supporto alle attività istituzionali delle Aziende Sanitarie;

- IT Aziende Sanitarie affidata ad interim a Carlo Benedetti con i compiti di garantire la gestione del Sistema Informativo Integrato Sanitario per quanto di competenza delle Aziende Sanitarie, curando l'evoluzione e l'integrazione dei sistemi informatici aziendali con quelli regionali e favorendo, per quanto di competenza delle Aziende Sanitarie, l'attuazione della digitalizzazione del Sistema Sanitario regionale.

All' Amministratore Unico rispondono inoltre le seguenti Funzioni:

- Servizi Legali, Qualità e Acquisti affidata a Mara Sforna, con i compiti di garantire la correttezza giuridica delle attività aziendali, la contrattualistica attiva e passiva, la pianificazione dei fabbisogni aziendali e lo svolgimento degli adempimenti connessi ai processi di acquisto, la gestione degli adempimenti ex L. 231 del 2001 nonché quanto connesso alla attuazione del Sistema Qualità aziendale. La funzione dovrà collaborare con la Divisione CRAS per il raggiungimento degli obiettivi a quest'ultima affidati.

- Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali affidata a Mauro Mastice, con i compiti di garantire il presidio operativo delle procedure del personale e delle attività di contabilità, bilancio e budget, oltre che la pianificazione e gestione delle risorse finanziare ed il relativo controllo di gestione nonché lo svolgimento degli adempimenti previsti dal DLGS 81/200 e la gestione dei servizi generali.

I responsabili delle suddette Strutture Operative / Funzioni si coordineranno con l'Amministratore Unico per le eventuali variazioni e assegnazioni di responsabilità di secondo livello.

ORGANISMO DI VIGILANZA

1. RUOLO E COMPOSIZIONE

L'art. 6 del D.Lgs. n. 231/2001- nel ricondurre l'esonero da responsabilità dell'ente all'adozione e alla efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati da tale normativa - ha previsto l'istituzione di un Organismo di Vigilanza (OdV),cui è assegnato specificamente il "compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello organizzativo e di curarne il relativo aggiornamento".

Recentemente il comma 12 dell'art.14 della Legge 12.11.2011 n.183 ha aggiunto all'art.6 del D.Lgs 231, il comma 4 bis che così recita " nelle società di capitali il collegio sindacale, il consiglio di sorveglianza e il comitato per il controllo della gestione possono svolgere le funzioni dell'Organismo di vigilanza di cui al comma 1, lettera b)";

I compiti assegnati all'ODV richiedono che lo stesso sia dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo.

Da tale caratterizzazione discende:

- Autonomia e Indipendenza

I requisiti di autonomia e indipendenza sono fondamentali affinché l'ODV non sia direttamente coinvolto nelle attività gestionali che costituiscono l'oggetto della sua attività di controllo. Tali requisiti si possono ottenere garantendo l'insindacabilità delle scelte dell'ODV da parte degli organi e prevedendo un'attività di reporting all'Assemblea dei Soci.

- Professionalità

L'ODV deve possedere al suo interno competenze tecnico-professionali adeguate alle funzioni che è chiamato a svolgere; tali caretteristiche, unite all'indipendenza, garantiscono l'obiettività.

- **Continuita' di azione**

L'ODV deve:

- Lavorare costantemente sulla vigilanza del M.O. con i necessari poteri di indagine;
- Curare l'attuazione del modello Organizzativo e assicurarne il costante aggiornamento;
- Non svolgere mansioni operative che possano condizionare la visione d'insieme delle attività aziendali che ad esso si richiede.

Alla luce dei requisiti e dei compiti sopra delineati, l'Organismo di Vigilanza di Umbria Salute Scarl, in carica da gennaio 2015, assume la veste di organo monocratito in persona del Dott. Stefano Carloni, designato dalla Conferenza degli Enti Soci del 30 Settembre 2014 .

Il suddetto "Organismo di Vigilanza" è tenuto al segreto in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle proprie funzioni. Tale obbligo, tuttavia, non sussiste nei confronti dell'Assemblea dei Soci. L'ODV assicura la riservatezza delle informazioni di cui viene in possesso.

Inoltre, l'Organismo di Vigilanza si astiene dal ricevere e utilizzare informazioni riservate per scopi non conformi alle funzioni proprie dell'organismo stesso. In ogni caso qualsiasi informazione in possesso dell'ODV deve essere trattata in conformità al decreto legislativo 196/2003("Codice privacy").

L’inosservanza dei suddetti obblighi, costituisce giusta causa di revoca dalla carica di Organismo di Vigilanza.
A seguito della Determinazione n.8 del 17 giugno 2015, con Determina dell’Amministratore Unico del 19 novembre 2015, è stato individuato per Umbria Salute un RPC interno e conseguentemente l’ODV da tale data non riveste più tale ruolo.
Si è provveduto pertanto ad aggiornare il regolamento dell’ODV su tale punto.

2 FLUSSI INFORMATIVI

L'Art. 6, 2° comma lett. d) del D.lgs. n. 231/2001 individua specifici "obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli". Si rende opportuna l'istituzione di un sistema di reporting, sistematico e strutturato, in merito a temi/fatti a rischio, la cui rilevazione ed analisi costituisca i red flag dai quali originano azioni di riscontro e approfondimento dell'ODV su eventuali situazioni anomale e/o di reato.
A tale fine, gli Schemi di Controllo Interno per i processi operativi e strumentali, prevedono, come componente integrante, l'attivazione di specifici flussi informativi verso L'ODV.
Per l’integrazione tra il M.O. 231 e il PTPC si rimanda al Piano stesso.

REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA DI

UMBRIA SALUTE s.c a r.l.

ISTITUITO AI SENSI DELL'ART. 6 DEL D. LGS. 231/2001

ART. 1 COSTITUZIONE - COMPOSIZIONE – PRESIDENZA

1. L'Organismo di Vigilanza ha il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello di organizzazione e gestione (nel seguito "Modello Organizzativo 231°), adottato dalla Società secondo quanto stabilito dall'art. 6 dei D. Lgs. n. 231/2001;
2. La nomina e la durata dei componenti dell'Organismo di Vigilanza è riservata alla competenza dell'Amministratore Unico (ovvero dai Soci della Società) Nel caso di scadenza dei membri dell'ODV, al fine di non far venire meno l'attività di vigilanza sul funzionamento del M.O. della Società, gli stessi manterranno il proprio incarico fino alla nomina dei nuovi componenti dell'ODV da parte dell'organo amministrativo preposto (delibera CDA n.1703 del 15 giugno 2010 e delibera CDA n. 1835 del 25 marzo 2014);
3. L'Organismo di Vigilanza può essere monocratico oppure composto da due o più membri, che possono essere interni od esterni alla Società;
4. Qualora sia composto da più membri, l'Organismo di Vigilanza elegge il proprio Presidente;
5. Qualora, per qualsivoglia ragione, nel corso del mandato venisse a mancare un componente dell'Organismo di Vigilanza, il sostituto verrà designato dall'Amministratore Unico della Società (ovvero dai Soci della Società) ;
6. L'Organismo di Vigilanza può nominare un Segretario anche al di fuori dei suoi componenti;
7. L'Organismo di Vigilanza organizza periodicamente riunioni di auditing allo scopo di verificare la corretta efficacia del Modello Organizzativo 231 adottato dalla Società;
8. L'Organismo di Vigilanza ha facoltà di invitare alle riunioni il preposto all'attuazione del M.O e, ove necessario, i soggetti ritenuti competenti rispetto all'ordine del giorno delle suddette riunioni;

ART. 2 - FUNZIONI, OBIETTIVI E COMPITI

1. L'Organismo di Vigilanza è dotato di tutti i più ampi poteri necessari ad assicurare una puntuale ed efficiente vigilanza sul funzionamento e l'osservanza del "Modello Organizzativo 231" adottato dalla Società, secondo quanto stabilito dall'art. 6 D.lgs. 231/01. In particolare, all'Organismo di Vigilanza, in via meramente esemplificativa, è attribuito il compito di:
   - verificare l'efficienza e l'efficacia dei "Modello Organizzativo 231" adottato rispetto alla prevenzione e all'impedimento della commissione dei reati attualmente previsti dal D.lgs 231/01 e di quelli che in futuro dovessero comunque comportare una responsabilità amministrativa della persona giuridica;
   - verificare il rispetto delle modalità e delle procedure previste dal "Modello Organizzativo 231" e rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali che emergessero dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni;
   - formulare proposte al preposto all'attuazione del M.O.per gli eventuali aggiornamenti e adeguamenti del "Modello organizzativo 231" adottato, da realizzarsi mediante le modifiche e/o integrazioni che si rendessero necessarie in conseguenza di:

- significative violazioni delle prescrizioni del "Modello Organizzativo 231";
- significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività Società;
- modifiche normative;

- segnalare al preposto all'attuazione del M.O. le violazioni del "Modello Organizzativo 231" accertate, per gli opportuni provvedimenti;
- predisporre una relazione informativa su base semestrale per il preposto, al fine di fornire informazioni all'Amministratore Unico, preposto all'attuazione del Modello Organizzativo, nonché ai Soci ed al Collegio Sindacale, in ordine alle attività di verifica e controllo compiute e all'esito delle stesse;

2. L'Organismo di Vigilanza ha libero accesso presso tutte le funzioni della Società - senza necessità di alcun consenso preventivo - onde ottenere ogni informazione o dato ritenuto necessario per lo svolgimento dei compiti previsti dal D.lgs. 231/01.
3. L'Organismo di Vigilanza - sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità - può avvalersi dell'ausilio di tutte le strutture della Società o delle quali essa si avvale, ovvero di consulenti esterni.
4. Ai fini dell'espletamento dei propri compiti, l'Organismo di Vigilanza, senza che l'elencazione che segue possa intendersi esaustiva delle attività da porre in essere:
   - costanti flussi informativi con il Preposto all'attuazione, tali da assicurare all'Organismo la piena visibilità sui sistemi di controllo interno presenti in Umbria Salute scarl , che rientrano nel "Modello Organizzativo 231";
   - elabora le risultanze delle attività effettuate ed esamina la relativa reportistica;
   - assicura, attraverso il supporto delle strutture aziendali competenti, il mantenimento e l'aggiornamento del sistema di identificazione, mappatura e classificazione delle aree a rischio, ai fini dell'attività di vigilanza;
   - promuove ed assicurare l'elaborazione di direttive per la struttura ed i contenuti dei flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza medesimo;
   - valuta le eventuali notizie di violazione del "Modello Organizzativo 231" e monitora, di concerto con gli idonei uffici, le possibili conseguenti applicazioni delle sanzioni disciplinari;
   - promuovere e monitorare le iniziative volte alla diffusione ed alla conoscenza del "Modello organizzativo 231", nonché quelle finalizzate alla formazione del personale e la sensibilizzazione dello stesso all'osservanza dei principi contenuti nel "Modello Organizzativo 231" stesso.
5. Ferme restando le competenze di vigilanza endosocietarie previste dalla legge, le attività poste in essere dall'Organismo di Vigilanza non potranno essere sindacate da alcun altro organismo o struttura aziendale.
6. L'Organismo di Vigilanza qualora ne ravvisi la necessità per l'espletamento della propria attività può determinare annualmente un proprio budget, al fine di potersi avvalere di consulenti esterni o per altri interventi specifici.

ART. 3- DOVERI DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

1. I componenti dell'Organismo di Vigilanza apportano all'Organismo stesso le specifiche

professionalità di cui sono dotati. Conoscono i compiti e le responsabilità della carica; dedicano ad essa il tempo necessario; decidono in modo informato; mantengono riservate le informazioni acquisite in ragione dell'ufficio ricoperto.

L'Organismo di Vigilanza si tiene informato sulle principali novità legislative e regolamentari che riguardano l'Organismo di Vigilanza e il D.lgs. 231/2001.

ART. 4- RIUNIONI E DELIBERAZIONI

1. L'Organismo di Vigilanza si riunisce periodicamente con cadenza almeno semestrale e comunque ogni qual volta si renda, a giudizio del Presidente dell' ODV, necessario. L'Organismo di Vigilanza si riunisce altresì quando lo richieda almeno uno dei suoi componenti.
2. Le riunioni dell'Organismo sono convocate dal Presidente - o, in caso di sua assenza o impedimento, da altro componente dell'organo - con preavviso di almeno quarantotto ore, a mezzo telegramma, fax o e-mail e, in caso di urgenza, senza preavviso temporale.
3. Le riunioni sono presiedute dal Presidente dell' ODV.
4. Ogni componente dell'Organismo di Vigilanza ha facoltà di proporre argomenti di discussione per le riunioni dell'Organismo di Vigilanza; spetta all'Organismo di Vigilanza decidere se e quando l'argomento sarà fatto oggetto di esame.
5. L'Organismo di Vigilanza si può riunire in qualunque sede, anche al di fuori del territorio nazionale.
6. Le riunioni dell'Organismo di Vigilanza possono essere validamente tenute in videoconferenza o in audio conferenza, a condizione che tutti i partecipanti possano essere identificati dal Presidente dell'Organismo di Vigilanza e dagli altri intervenuti, che sia loro consentito di seguire la discussione e di intervenire in tempo reale nella trattazione degli argomenti discussi, che sia loro consentito lo scambio di documenti relativi a tali argomenti e che di tutto quanto sopra venga dato atto nel relativo verbale. Per la validità delle riunioni è richiesta la presenza di tutti i membri dell'Organismo.
7. Delle riunioni verrà redatto apposito verbale sottoscritto dal Presidente e dal Segretario, nominato dall'ODV.

I verbali saranno conservati dall'Organismo di Vigilanza o dal segretario nominato, anche presso gli uffici della Società.

Referenti

I referenti del preposto all'attuazione del M.O. 231, al momento individuato nell'Amministratore Unico, soggetto apicale, sono rappresentati dagli Uffici/Referenti sopra indicati, ferma restando l'applicazione del Modello a tutti i soggetti che intrattengono rapporti con la società, ivi compresi tutti i dipendenti e i collaboratori.

Ai Uffici/referenti spetta il compito di trasmettere, attualmente con cadenza trimestrale, i flussi informativi relativi al trimestre di riferimento, contenuti nelle apposite schede corrispondenti alle attività a rischio di reato processate nel M.O. 231 della società.

Il M.O. prevede quindi il massimo coinvolgimento di tutti gli Uffici della società in una logica di collaborazione attiva e di corresponsabilità.

Tale sistema consente il coinvolgimento di tutto il personale della società.

La gestione del rischio

Il rischio come si sa è dato dalla probabilità del verificarsi di un determinato evento ritenuto rischioso.

La gestione del rischio effettuata partendo dalla mappatura delle aree di attività, dalla conseguente valutazione ed individuazione delle procedure e degli strumenti di prevenzione, da una azione di monitoraggio e controllo, nonché dall'informazione e comunicazione, porta alla riduzione ed al contenimento del rischio di reati 231, in primis il rischio di corruzione.

La metodologia adottata per la valutazione del rischio

La metodologia adottata per la stesura del M.O. 231 si rifà allo stesso Decreto legislativo 231/2001 il quale prevede che l'ente non sia responsabile per i reati commessi, anche nel suo interesse o a suo vantaggio, se vengono soddisfatte le seguenti condizioni:

a. se prova che l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
b. se il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;
c. se non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo.

Il suddetto approccio è del tutto coerente sia con le linee guida della Commissione di studio su trasparenza e corruzione istituita dal Ministro per la P.P. e la semplificazione che parla espressamente di "risk management" come elemento fondante di qualsiasi adeguato assetto gestionale teso a combattere tali fenomeni, sia con i contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione.

PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO

Il Sistema di Controllo Interno è l'insieme degli "strumenti" volti a fornire ragionevole garanzia circa il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia operativa, affidabilità delle informazioni finanziarie e gestionali, rispetto delle leggi e dei regolamenti, nonché salvaguardia del patrimonio anche contro possibili frodi. Il Sistema di Controllo Interno si qualifica con principi generali il cui campo di applicazione si estende con continuità attraverso i diversi livelli organizzativi presenti nella Società.

Ambiente generale di controllo

- Le responsabilità devono essere definite e debitamente distribuite evitando sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- nessuna operazione significativa (in termini quali-quantitativi) per l'unità organizzativa può essere originata/attivata senza autorizzazione;
- i poteri di rappresentanza (o deleghe operative) devono essere conferiti secondo ambiti di esercizio ed eventuali limiti di importo, strettamente collegati ai ruoli rivestiti o alle mansioni assegnate ed alla struttura organizzativa;
- i sistemi operativi devono essere coerenti con le politiche di Umbria Salute scarl s.c. a r.l. e del Codice Etico;

In particolare, le informazioni finanziarie della Umbria Salute, devono essere predisposte:

- nel rispetto delle leggi e dei regolamenti, nonché dei principi contabili statuiti;
- in coerenza con le procedute amministrative definite;
- nell'ambito di un completo e aggiornato piano dei conti.

Valutazione dei rischi

- gli obiettivi dell'unità organizzativa devono essere definiti e comunicati a tutti i livelli interessati, al fine di rendere gli stessi chiari e condivisi;
- devono essere individuati i rischi connessi al raggiungimento degli obiettivi, prevedendone periodicamente il monitoraggio e l'aggiornamento;
- gli eventi negativi che possono minacciare la continuità operativa devono essere oggetto di apposita attività di valutazione dei rischi e di adeguamento delle protezioni;
- i processi di innovazione relativi a prodotti/servizi, organizzazioni e sistemi devono prevedere la valutazione dei rischi realizzativi.

Attività di controllo

- I processi operativi devono essere definiti prevedendo un adeguato supporto documentale per consentire che siano sempre verificabili in termini di congruità, coerenza e responsabilità;
- le scelte operative devono essere tracciabili in termini di caratteristiche e motivazioni e devono essere individuabili coloro che hanno autorizzato, effettuato e verificato le singole attività;
- lo scambio di informazioni fra fasi/processi contigui deve prevedere meccanismi (riconciliazioni, quadrature, ecc.) per garantire l'integrità e la completezza dei dati gestiti;
- le risorse umane devono essere ricercate, selezionate ed assunte in conformità di quanto disposto dall'art.18, comma 2 del D.L. 112/2008, nel rispetto di quanto riportato nel "Regolamento per la disciplina delle procedure di ricerca, selezione e inserimento di personale e per il conferimento di incarichi professionali" adottato dalla Società, nonché in coerenza con i valori etici comuni;

- il suddetto Regolamento individua i principi, le regole e le modalità procedurali per la ricerca, la selezione e l'inserimento di personale e per l'affidamento di incarichi professionali, nel rispetto dei principi, anche di derivazione comunitaria, di imparzialità, trasparenza, parità di condizioni e pubblicità cosi come disposto dal sopra richiamato Decreto legge 112/08;
- come sopra riportato, il Regolamento disciplina anche le modalità di affidamento degli incarichi di consulenza e collaborazione, in tutte le forme previste dalle normative di riferimento (persone fisiche in possesso di partita IVA che esercitano attività professionale per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi previsti dalla legge, persone fisiche in possesso di partita IVA non iscritte in albi, persone fisiche non in possesso di partita IVA) e dal Codice Civile;
- devono essere periodicamente analizzate le conoscenze e le competenze professionali maturate dalle risorse disponibili anche in termini di congruenza rispetto agli obiettivi assegnati;
- Il personale deve essere previamente formato e addestrato per lo svolgimento delle mansioni assegnate;
- l'acquisizione di beni e servizi da parte della Società deve avvenire previa analisi dei fabbisogni, nel rispetto della evidenza pubblica e quindi in base alle procedure previste dal D.Lgs.163/2006 così detto "Codice Appalti" per l'acquisizione di beni e servizi.

Informazioni e **Comunicazione**

- Deve essere previsto un sistema di indicatori per processo di attività ed un relativo flusso periodico di reporting verso l'ODV;
- i Sistemi Informativi amministrativi e gestionali devono essere orientati all'integrazione ed alla standardizzazione;
- i meccanismi di sicurezza devono garantire la protezione/accesso fisico e logico ai dati e ai beni dell'unità organizzativa secondo il principio "need to know-need to do";

Monitoraggio

- il sistema di controllo è soggetto ad attività di supervisione continua e di valutazione periodica finalizzate al costante adeguamento.

INDIVIDUAZIONE AREE A RISCHIO

ATTIVITA' SENSIBILI

Le aree a rischio di reato 231, in considerazione dei nuovi reati nel tempo introdotti dalla normativa, sono individuate in relazione alle seguenti attività sensibili:

1. attività sensibili in relazione ai reati contro la Pubblica Amministrazione (art. 24 e 25 del d.lgs. 231/01);

2. attività sensibile su processi di ordine generale;

3. attività sensibili in relazione ai reati informatici (art. 24 bis del d.lgs. 231/2001);

4. attività sensibili in relazione alla possibile violazione del diritto d'autore di cui all'art.25 novies, per la parte riguardante la non corretta diffusione di opere di ingegno non protette e la non corretta diffusione o riproduzione di banche dati;

5. attività sensibili in relazione ai reati societari (art. 25-ter dei D.lgs. 231/01);

6. attività sensibili in relazione ai reati contro la salute e sicurezza dei lavoro (art. 25 septies del d.lgs.231/2001);

7. attività sensibili in relazione ai reati relativi a stampa di monete o valori bollati (art. 25-bis);

8. attività sensibili in relazione ai reati di ricettazione, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25 octies).

REATI ESCLUSI

Si precisa che il rischio relativo ai delitti di criminalità organizzata (art. 24 ter), ai delitti contro l'industria e il commercio (art.25 bis 1), ai delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (art. 25 quater), ai reati per pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25 quater 1), ai reati contro la personalità individuale (art. 25-quinquies), ai reati di abuso di informazioni privilegiate manipolazioni del mercato (art. 25 sexiés), nonchè ai reati transnazionali (art.10 L.16/3/2006 n° 146), appare solo astrattamente ipotizzabile in quanto le procedure attualmente esistenti costituiscono un valido presidio delle attività potenzialmente a rischio ed anche in considerazione del fatto che reati del genere non si siano mai verificati. Non si è pertanto proceduto ad applicare alle suddette fattispecie di reato nel presente M.O. Il comma 2 dell'art.2 del D.Lgs. 7 luglio 2011 n. 121, all'art.25 –undicies del Decreto 231/2001 ha introdotto i reati ambientali che in linea generale sono i seguenti:uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette; distruzione o deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto; scarichi di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose; attività di raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, commercio ed intermediazione di rifiuti in mancanza della necessaria autorizzazione; gestione di discarica non autorizzata; miscelazione rifiuti; deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi; inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali o delle acque sotterranee con il superamento della soglia di rischio; spedizione di rifiuti costituente traffico illecito degli stessi, ecc.....

Dalla verifica della normativa relativa ai reati ambientali introdotti nel decreto 231/2001, considerata la specificità degli stessi come sopra riportati, si è ritenuto che tale fattispecie di reati non sia rapportabile ad alcun aspetto della attività svolta dalla Umbria Salute.

ATTIVITA' SENSIBILI IN RELAZIONE AI REATI

A) Attività sensibili in relazione ai reati contro la Pubblica Amministrazione

Sono state ritenute "attività sensibili", in relazione ai reati contro la Pubblica Amministrazione, le seguenti attività che comportano, a qualsiasi titolo, un contatto con soggetti appartenenti alla P.A. Più precisamente:

A 1) Negli affidamenti diretti a Umbria Salute scarl in qualità di Società strumentale in *house d*a parte dei propri soci, nelle seguenti fasi:

- Negoziazione per presentazione delle offerte da parte di Umbria Salute scarl per addivenire ai relativi affidamenti;
- Gestione delle Convenzioni tra i Soci e Umbria Salute.

A2) Contenziosi giudiziali amministrativi passivi/attivi o stragiudiziali o procedimenti arbitrali relativi all'esecuzione di contratti/convenzioni di concessioni stipulati con soggetti pubblici o privati. Si tratta dell'attività relativa alla gestione, tramite studio legale esterno, di contenziosi giudiziali e stragiudiziali in caso di insoddisfazione, da parte del cliente, del servizio ottenuto, a causa di eventuali danni arrecati dall'operato della Società, oppure di contestazioni in materia di diritto civile, giuslavoristico e penale (Funzione Civile, Penale e Lavoro);

A3) Negoziazione, stipula ed esecuzione di contratti conclusi da Umbria Salute scarl per conto dei propri clienti/soci) in qualità di "Stazione Appaltante" , mediante le procedure previste dalla legge sugli appalti e di cui al D.Lgs.n.163/2006 e più in particolare nel caso di procedure negoziate ad affidamento diretto. (Umbria Salute scarl ricorre alle esternalizzazioni, nel caso in cui non possa provvedere in proprio a fornire beni e servizi previsti negli affidamenti alla stessa conferiti dai propri clienti/soci. In tal caso la Società è tenuta all'osservanza dei suddetto Codice.);

A4) Rapporti con soggetti pubblici in sede di verifica/ispezione relativamente a criticità emerse sulla sicurezza sul lavoro (**D.lgs. n. 81 dei 9 aprile 2008) -** si tratta della attività connessa agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di sicurezza e l'igiene sul lavoro e ai relativi rapporti con le autorità preposte al controllo, anche in caso di ispezioni;

A5) Gestione delle attività di acquisizione e/o gestione di contributi, sovvenzioni, finanziamenti assicurazioni o garanzie concesse da soggetti pubblici - si tratta delle attività inerenti la gestione delle richieste dei finanziamenti e la successiva gestione dei progetti finanziati;

A6) Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di autorizzazioni e licenze per l'esercizio delle attività aziendali;

A7) Gestione dei rapporti con Istituzioni e Autority, Organismi di vigilanza, Garante della Privacy, AVCP, Governo, Parlamento, Enti Pubblici e Amministrazioni centrali e locali Agenzia delle Entrate ,INPS, Guardia di Finanza ecc.., relativi allo svolgimento di attività regolate dalla legge;

A8) Gestione amministrativa degli adempimenti derivanti dagli obblighi previdenziali ed assistenziali relativi al personale dipendente ed ai collaboratori esterni, nonché degli adempimenti amministrativi tributari quali ad esempio : predisposizione di dichiarazioni dei redditi o dei sostituti di imposta o di altre dichiarazioni funzionali alla liquidazione di tributi in genere;

A9) Altre attività e adempimenti correnti della società che comportino contatto con soggetti pubblici o verifiche/accertamenti/procedimenti sanzionatori che ne derivano;

A10) Gestione degli accordi transattivi, consistente in tutte le attività necessarie a prevenire o dirimere una controversia con soggetti terzi al fine di evitare l'instaurarsi di un procedimento giudiziario;

B) Attività sensibili in relazione ai seguenti processi di ordine generale:

B1) Selezione e assunzione del personale e conferimento degli incarichi esterni - si tratta delle attività di selezione, assunzione e conferimento incarichi per consulenze e prestazioni professionali, relativi alle risorse umane necessarie al corretto svolgimento dei servizi e delle attività aziendali, nonché della loro gestione (dimissioni, licenziamenti, provvedimenti disciplinari, sistemi premianti, ecc.);

B2) Gestione spese di rappresentanza. Si si tratta delle attività finalizzate alla gestione di tutte quelle spese sostenute dall'Azienda per il consumo di beni e servizi da parte di terzi non legati all'Azienda stessa da un rapporto di lavoro, con l'esclusivo scopo di offrire all'esterno un'immagine positiva dell'impresa e dell'attività della stessa;

C) Attività sensibili in relazione ai reati informatici e reati per violazione del diritto d'autore (parte riguardante la non corretta diffusione di opere di ingegno non protette e la non corretta diffusione o riproduzione di banche dati).

Sono state ritenute attività sensibili, in relazione ai reati informatici, le seguenti principali attività:

- accesso ad internet;
- detenzione ed utilizzo delle password;
- gestione profilo utente e processo di identificazione;
- gestione e protezione delle postazioni di lavoro ;
- gestione della protezione fisica;
- installazione di programmi e dispositivi;
- gestione applicativi in uso in azienda e relativi aggiornamenti.
- gestione dei servizi informatici ai Soci.

D) Attività sensibili in relazione ai reati societari

D1) Formazione del bilancio e della relazione sulla gestione, dei prospetti contabili e delle comunicazioni sociali previste per legge, situazioni contabili infrannuali;

D2) Rapporti con Soci, anche nell'ambito della Conferenza Istituzionale degli Enti Soci e dell'Assemblea dei Soci;

D3) Predisposizione di documenti ai fini delle delibere assembleari e di quelle della conferenza degli Enti Soci - si tratta delle attività finalizzate alla predisposizione dei relativi documenti;

D4) Emissione comunicati stampa e informativa a terzi;

D5) Rapporti con Autorità di vigilanza;

D6) Operazioni sul capitale;

D7) Svolgimento e verbalizzazione Assemblee.

E) Attività sensibili in relazione ai reati contro la salute e sicurezza del lavoro ;

Con riferimento ai reati contro la salute e sicurezza del lavoro, le aree sensibili individuate sono tutte le attività connesse a garantire:

- la massima sicurezza tecnica, organizzativa e procedurale possibile nell'ambiente di lavoro;

- il completo rispetto delle norme vigenti in materia antinfortunistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

Quanto sopra è riferito sia al personale che svolge l'attività presso la sede della Umbria Salute scarl , sia per il personale che svolge l'attività presso le sedi delle Aziende sanitarie regionali socie della Umbria Salute. In tale ultimo caso quest'ultime provvedono alla messa in sicurezza delle proprie strutture anche in considerazione dei rischi da interferenza eventualmente risultanti dalla analisi dei rischi come riportati nel DUVRI redatto in cooperazione la Umbria Salute.

Nel caso in cui dovessero emergere rischi da "interferenza dannosa" gli stessi saranno economicamente valutati anche in base ai DPI che saranno forniti al personale.

Sia Umbria Salute scarl che i propri Soci avranno comunque l'obbligo di redigere il proprio DVR, ai sensi della vigente normativa.

F) Attività sensibili in relazione ai reati relativi a stampa di monete o valori bollati e relativi attività ai reati di ricettazione, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita

Sono ritenute sensibili le attività riguardanti la gestione Cup/cassa.

Le misure per la gestione del rischio

Per la prevenzione dei fenomeni di corruzione legati a gran parte delle aree di attività sensibili sopra indicate, Umbria Salute scarl agisce attraverso le seguenti misure:

- misure di prevenzione attraverso la descrizione delle procedure da seguire nello svolgimento dell'attività della società, tutte recepite nel proprio M.O. 231 formalmente adottato;
- formazione
- trasparenza amministrativa;
- adozione Codice etico

Ulteriori misure potranno essere eventualmente aggiunte in futuro

PRINCIPI DI COMPORTAMENTO CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Il presente documento rappresenta le linee guida di comportamento da seguire per evitare il verificarsi di situazioni favorevoli alla commissione dei reati di cui al D.lgs. 231 e successive modifiche ed integrazioni.

Le linee guida si riferiscono a comportamenti relativi all'area dei "fare" e del "non fare", specificando in chiave operativa quanto espresso dai principi dei Codice Etico di Umbria Salute scarl .

1 "AREA DEL FARE"

Gli uffici che svolgono attività di contatto con la Pubblica Amministrazione/Enti soci devono:

- fornire ai propri collaboratori direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare nei contatti formali ed informali intrattenuti con i diversi soggetti pubblici, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio reato,
- prevedere adeguati meccanismi di tracciabilità circa i flussi informativi verso la PA/Enti Soci.
- l'incarico a soggetti esterni di operare in rappresentanza di Umbria Salute, nei confronti della PA deve essere assegnato e formalizzato nel rispetto delle normative vigenti in materia e prevedere una specifica clausola' -che vincoli all'osservanza dei principi etico-comportamentali adottati dalla Società.
- è fatta raccomandazione a dipendenti e collaboratori esterni di segnalare all'Organismo di Vigilanza ogni violazione o sospetto di violazione dei Modello Organizzativo. Le segnalazioni possono essere fornite sia in forma anonima che non anonima.

  Umbria Salute scarl e l'Organismo di Vigilanza tutelano dipendenti e collaboratori esterni da ogni effetto pregiudizievole che possa derivare dalla segnalazione. L'Organismo di Vigilanza assicura la riservatezza dell'identità dei segnalanti, fatti salvi gli obblighi di legge.

  Saranno resi disponibili, sull'intranet di Umbria Salute scarl gli opportuni strumenti di segnalazione.
- gli uffici di funzione devono segnalare all'Organismo di Vigilanza i comportamenti a rischio di reato ex lege 231, inerenti ai processi operativi di competenza, di cui siano venuti a conoscenza in via diretta o per il tramite di informativa ricevuta dai propri collaboratori.
- in particolare, in caso di tentata concussione da parte di un pubblico funzionario nei confronti di un dipendente (o altri collaboratori) sono da adottare i seguenti comportamenti:
  - non dare seguito alla richiesta;
  - fornire informativa tempestiva al proprio Responsabile;
  - attivare formale informativa, da parte del Responsabile, verso l'Organismo di Vigilanza;

---

1 Esempio Clausola: "Il collaboratore, nello svolgimento delle attività oggetto dei presente Incarico, si impegna ad osservare e, pertanto, a sottoscrivere per accettazione, le norme contenute nel Codice Etico e nei Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, allegati al presente contratto di cui costituiscono parte integrante e sostanziale".

- gli uffici delle funzioni che vengano ufficialmente a conoscenza di notizie, anche provenienti da organi di polizia giudiziaria, riguardanti illeciti e/o reati con rischi di impatto aziendale, devono segnalarle all'Organismo di Vigilanza.

2 "AREA DEL NON FARE"

Con riferimento alle tipologie di reato rilevanti ai sensi del D.lgs. 231101, si segnalano, se pur a titolo non esaustivo, i comportamenti da evitare in quanto a rischio di reato.

Nei rapporti con i rappresentanti della PA è fatto divieto di:

- promettere o effettuare erogazioni in denaro per finalità diverse da quelle istituzionali e di servizio;
- promettere o concedere "soluzioni privilegiate" (ad es. interessamento per facilitare l'assunzione di parenti/affini/amici, ecc.);
- effettuare spese di rappresentanza ingiustificate e con finalità diverse dalla mera promozione dell'immagine aziendale;
- promettere di fornire o fornire impropriamente, anche tramite terzi, l'esecuzione di opere/servizi;
- promettere o concedere omaggi/regalie dirette o indirette non di modico valore;
- fornire o promettere di fornire informazioni e/o documenti riservati;
- favorire, nei processi d'acquisto, fornitori e sub-fornitori in quanto indicati da altri come condizione per lo svolgimento successivo delle attività.

I divieti sopra rappresentati si intendono estesi anche ai rapporti indiretti con i rappresentanti della PA attraverso terzi fiduciari. Inoltre, nei confronti della PA, è fatto divieto di:

- esibire documenti dati falsi od alterati;
- tenere una condotta ingannevole che possa indurre la PA in errore nella valutazione tecnico-economica delle proposte relative ai progetti da realizzare e/o sviluppare;
- omettere informazioni dovute, al fine di orientare a proprio favore le decisioni della PA;
- destinare contributi/sovvenzioni/finanziamenti pubblici a finalità diverse da quelle per le quali sono stati ottenuti;
- accedere in maniera non autorizzata ai sistemi informativi della PA, per ottenere e/o modificare informazioni a vantaggio dell'azienda;
- abusare della posizione di gestore/manutentore dei sistemi informatici degli Enti Soci.
- abusare della posizione di incaricato di pubblico servizio per ottenere utilità a vantaggio dell'azienda.

RIEPILOGO DEI PROCESSI PRESENTI NEL M.O. 231
(SCHEMI DI CONTROLLO INTERNO)

- **FINANZA DISPOSITIVA**
- **SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE E CONFERIMENTO INCARICHI ESTERNI**
- **SPESE DI RAPPRESENTANZA**
- **ACQUISTI DI BENI E SERVIZI CON RUOLO PUBBLICISTICO**
- **ACCORDI TRANSATTIVI**
- **FORNITURA DI BENI E SERVIZI**
- **RAPPORTI CON ISTITUZIONI E AUTHORITY**
- **FINANZA AGEVOLATA**
- **AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI**
- **PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**
- **PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON SOGGETTI NON PUBBLICI**
- **OBBLIGHI PREVIDENZIALI**
- **OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE E "FUORI PROCEDURA" DAI SOGGETTI APICALI**
- **REATI SOCIETARI**
- **REATI IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO RAPPORTI CON SOGGETTI PUBBLICI IN SEDE DI VERIFICA RELATIVAMENTE A CRITICITA' EMERSE SULLA SICUREZZA SUL LAVORO D.LGS. N. 81/2008**
- **REATI INFORMATICI**
- **GESTIONE DEL SERVIZIO DI CASSA SPORTELLI CUP**

Descrizione analitica processi

Di seguito si riporta la descrizione analitica di ciascuno dei suddetti processi, nonché il piano sanzionatorio.

FINANZA DISPOSITIVA

DESCRIZIONE PROCESSO

II processo si riferisce alle attività riguardanti i flussi monetari e finanziari in uscita aventi l'obiettivo di assolvere le obbligazioni di varia natura delle unità operative di Umbria Salute scarl

I flussi suddetti si articolano sostanzialmente in due macro-gruppi:

- Flussi di natura **ordinaria**, connessi ad attività/operazioni correnti (ad es., acquisti di beni, servizi e licenze, oneri finanziari, fiscali e previdenziali, stipendi e salari);
- Flussi di natura **straordinaria**, connessi alle operazioni di tipo finanziario (ad es., sottoscrizioni e aumenti di capitale sociale, finanziamenti a società partecipate, cessioni di credito, operazioni in valuta estera e sui derivati -swap, futures, ecc.-).

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Pianificazione, da parte degli uffici, del fabbisogno finanziario periodico e/o spot e comunicazione debitamente autorizzata – all'Ufficio Amministrativo competente.
- Predisposizione (da parte di quest'ultimo) delle disponibilità finanziarie, alle date e presso gli sportelli bancari richiesti;
- Richiesta dell'ordine di pagamento o di messa a disposizione;
- Destinazione dell'importo, conformemente ai relativi atti di riferimento.

REATI

Il processo di finanza dispositiva costituisce una delle modalità strumentali attraverso cui, in linea di principio, può essere commesso il reato **di corruzione.** Questo processo potrebbe, infatti, costituire supporto alla costituzione di disponibilità finanziarie destinabili al pubblico ufficiale o all'incaricato di pubblico servizio.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della formalizzata separazione di ruolo nelle fasi chiave del processo, della tracciabilità degli atti e dei livelli autorizzativi da associarsi alle operazioni. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Esistenza di attori diversi operanti nelle seguenti fasi del processo:
  - richiesta dell'ordine di pagamento o di messa a disposizione;
  - effettuazione del pagamento;
  - controllo/riconciliazioni a consuntivo.
- Esistenza di livelli autorizzativi sia per la richiesta, che per l'ordine di pagamento o di messa a disposizione, articolati in funzione della natura dell'operazione (ordinaria/straordinaria) e dell'importo;
- Esistenza di specimen di firma in relazione ai livelli autorizzativi definiti per la richiesta; Effettuazione di periodica attività di riconciliazione di tutti i conti ivi compresi quelli intrattenuti con banche;

- Tracciabilità degli atti e delle singole fasi del processo (con specifico riferimento all'annullamento dei documenti che hanno già originato un pagamento).

Eventuali modalità non standard (relative sia a operazioni di natura ordinaria che straordinaria) devono essere considerate "in deroga" e soggette, pertanto, a criteri di autorizzazione e controllo specificamente definiti riconducibili a:

- Individuazione del soggetto che può richiedere l'operazione;
- Individuazione del soggetto che può autorizzare l'operazione;
- Indicazione, a cura dei richiedente, della motivazione;
- Designazione (eventuale) della risorsa abilitata all'effettuazione/autorizzazione dell'operazione attraverso procura ad hoc.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO ORGANISMO DI VIGILANZA

L' Amministratore Unico e la funzione "Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali" devono comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita,:

Flusso 1: elenco dei flussi monetari e/o finanziari non standard realizzati nel periodo.

SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE E CONFERIMENTO INCARICHI ESTERNI

DESCRIZIONE PROCESSO

Come già precedentemente indicato, Umbria Salute scarl effettua le selezioni per le assunzioni del personale e per il conferimento degli incarichi esterni, in conformità di quanto disposto dall'art.18, comma 2 del D.L. 112/2008 convertito nella Legge n.133/2008 e nel rispetto di quanto riportato nel "Regolamento per la disciplina delle procedure di ricerca, selezione e inserimento di personale e per il conferimento di incarichi professionali" adottato dalla Società.

Il processo di ricerca, selezione e inserimento di personale e conferimento di incarichi professionali è composto da una serie di attività necessarie alla costituzione del rapporto di lavoro tra Umbria Salute scarl e una persona fisica.

Di seguito, per completezza, si riporta l'intero regolamento che contiene tutte le attività facenti parte del processo in oggetto.

---

1 SOMMARIO

2

3 INTRODUZIONE.

4

5 1. PRINCIPI GENERALI

6

7 2. REGOLE GENERALI

8

9 3. FASI DEL PROCESSO DI SELEZIONE

10 ***3.1 - Individuazione dei fabbisogni***

11 ***3.2 - Pubblicità degli avvisi***

12 ***3.3 - verifica delle candidature***

13 ***3.4 - prove tecniche e colloqui***

14 ***3.5 - Commissione di Selezione***

15 ***3.6 Provvedimenti conseguenti all'approvazione della graduatoria***

16

17 4. MODALITA' DI AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI

18

19 5. MODELLO 231/01 E SISTEMA QUALITA'

20

21 6. PUBBLICITA'

22

23

INTRODUZIONE

Il presente Regolamento individua i criteri e le modalità procedurali per la ricerca, la selezione e l'inserimento di personale nonché per l'affidamento di incarichi professionali, nel rispetto dei vincoli previsti all'art. 8, comma 9 della L.R. del 29 aprile 2014, n. 9 nonché dei principi, anche di derivazione comunitaria, di imparzialità, trasparenza, parità di condizioni e pubblicità, così come disposto dall'art. 18, comma 2 del D.L. 112/2008 e ss. mm. ii.

1. PRINCIPI GENERALI

La Umbria Salute Scarl garantisce il rispetto delle norme di legge in materia di lavoro e dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro in tutti i loro istituti disciplinati.

L'Azienda garantisce, nell'accesso all'impiego, pari opportunità a uomini e donne, senza discriminazione alcuna per ragioni di età, sesso, di appartenenza etnica, di nazionalità, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di orientamenti sessuali, di condizioni personali e sociali in linea con la normativa applicabile e, in particolare, con il Codice delle Pari Opportunità (D.Lgs. 198/06).

L'Azienda assicura il rispetto della normativa a tutela dei lavoratori aventi diritto all'avviamento obbligatorio; garantisce loro il necessario supporto ai fini di un pieno e gratificante svolgimento dell'attività lavorativa.

Le modalità di accesso all'impiego nell'Azienda sono improntate a criteri di trasparenza, imparzialità e pubblicità delle procedure, idonei a garantire e verificare, in ogni fase applicativa, il pieno rispetto dei principi e delle regole generali del presente Regolamento, nonché a dare adeguata evidenza dei criteri e delle modalità adottate nella selezione delle risorse umane da acquisire.

I predetti criteri e le modalità sono individuati dall'Amministratore Unico e resi noti, tramite pubblicazione di *Avviso di selezione* sul sito internet dell'Azienda, prima dell'effettuazione di ciascuna selezione.

Nella selezione del personale l'Azienda osserva anche criteri di tempestività e di economicità, perseguendo parametri di costo del lavoro competitivi e allineati con i valori di mercato per ciascuna categoria professionale. L'Azienda può fare ricorso a tutte le fattispecie contrattuali normativamente consentite, nello stretto rispetto dei presupposti stabiliti dalle leggi di riferimento e dai Contratti Collettivi di Lavoro Nazionali.

Compatibilmente con le esigenze di flessibilità della produzione tipica del settore di appartenenza e con gli andamenti previsti dei carichi di lavoro, l'Azienda favorisce la strutturazione del rapporto di lavoro. L'Azienda fa riferimento alla formazione professionale continua come scelta qualificante della politica delle risorse umane, compatibilmente con le risorse economiche annuali destinate.

2. REGOLE GENERALI

Le assunzioni in Umbria Salute sono strettamente connesse agli incrementi delle attività stabilite dai Soci.

Le procedure di selezione ed inserimento del personale sono eseguite dalla Funzione Risorse Umane e sottoposte all'approvazione dell'Amministratore Unico.

La selezione, la valutazione ed il reclutamento del personale è effettuata perseguendo la corrispondenza dei profili dei candidati rispetto a quelli attesi e alle esigenze aziendali.

Le modalità di selezione e valutazione del personale sono adeguate al profilo professionale delle risorse umane da reperire e prevedono l'utilizzo di metodologie e strumenti di comprovata efficacia e trasparenza.

Nell'ambito delle selezioni del personale, l'Azienda individua le tipologie contrattuali più idonee per il miglior impiego delle risorse umane in relazione ai profili richiesti.

L'Azienda persegue, anche tramite il *turnover*, il costante miglioramento e aggiornamento delle competenze professionali aziendali, la valorizzazione delle risorse umane e la qualità delle prestazioni rese.

Al fine di operare nel pieno rispetto del principio di trasparenza, anche ai sensi del DLgs n. 33 del 14 marzo 2013 e per agevolare la presentazione dei *curricula* e delle domande di lavoro, l'Azienda dedica un'apposita sezione del proprio sito internet alla comunicazione dei fabbisogni di personale ed alle ricerche in corso.

L'Azienda prende in considerazione esclusivamente le domande di partecipazione pervenute secondo le modalità di trasmissione previste dall'Avviso di selezione ed entro il termine nello stesso indicato.

3. FASI DEL PROCESSO DI SELEZIONE

3.1 Individuazione dei fabbisogni

A seguito della richiesta di incremento delle attività proveniente o dalle Aziende Sanitarie Socie, o da esigenze interne, l'Amministratore Unico verifica le varie esigenze di assunzioni, articolate in:

– numero delle risorse da assumere;

– ruoli professionali da ricoprire;

– competenze tecniche, tematiche, relazionali e gestionali;

– livello di inquadramento, posizionamento economico di massima;

– tempi auspicabili di inserimento;

e quant'altro all'uopo si dovesse rendere necessario.

3.2 Pubblicità degli avvisi

L'Azienda rende note le ricerche di personale attraverso la pubblicazione di avvisi sul proprio sito aziendale e/o sui portali specializzati in ricerca del personale, nonché, a seconda della complessità del reperimento sul mercato, tramite avvisi pubblicati sui principali quotidiani nazionali o locali, o tramite contatti con le Università, o con qualsiasi altro mezzo ritenuto idoneo.

Gli avvisi pubblicati indicano la posizione da ricoprire e i requisiti richiesti, i termini e le modalità di presentazione delle candidature e i criteri di selezione.

3.3 Verifica delle candidature

La domanda di partecipazione e/o i *curricula* ricevuti vengono protocollati e trasmessi alla Funzione Risorse Umane.

La verifica di rispondenza delle domande e dei curricula ai requisiti di ammissione alla selezione viene effettuata dalla Funzione Risorse Umane sulla base dei requisiti e dei criteri di selezione definiti. nell'Avviso di selezione.

Tali requisiti/criteri sono una combinazione dei seguenti elementi:

– ruoli professionali da ricoprire;

– competenze tecniche, tematiche, relazionali e gestionali;

– esperienze professionali precedenti;

– titoli / curriculum formativo

All'esito della verifica di cui al secondo capoverso del presente articolo, la Funzione Risorse Umane redige l'elenco dei candidati ammessi alla selezione e la trasmette all'Amministratore Unico il quale dispone la convocazione degli stessi alla selezione.

3.4 Prove tecniche e colloquio

L'Amministratore Unico individua una o più delle seguenti prove di selezione:

- per titoli
- test tecnico;
- colloquio individuale.

3.5 Commissione di Selezione

La Commissione di Selezione è composta da un minimo di tre componenti fino ad un massimo di cinque scelti tra soggetti di comprovata esperienza nelle materie oggetto della selezione concorso, tra soggetti estranei all'Azienda ovvero docenti e/o interni all'Azienda ad eccezione dell'Amministratore Unico nonchè di coloro che ricoprano cariche politiche o che siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali. Almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, salva motivata impossibilità, è riservato alle donne, in coerenza con i principi di cui al D.Lgs. 11-4-2006 n. 198.

Terminate le prove, la Commissione redige il verbale che riporta la graduatoria stilata sulla base dei risultati conseguiti nello svolgimento della selezione suddivisi in base ai risultati raggiunti nelle singole prove svolte. Il suddetto verbale, viene trasmesso dalla Commissione all'Amministratore Unico per l'approvazione.

3.6 Provvedimenti conseguenti all'approvazione della graduatoria

All'esito del procedimento di selezione l'Amministratore Unico dispone la tempestiva pubblicazione della graduatoria approvata sull'apposita sezione del sito web aziendale e la relativa comunicazione al vincitore.

Qualora la selezione riguardi l'accesso alla qualifica dirigenziale l'Amministratore Unico prende atto del nominativo risultante vincitore e lo propone all'Assemblea dei Soci, cui spetta il potere di nomina dei dirigenti ai sensi dell'art. 17 lettera m) dello Statuto societario.

La Funzione Risorse Umane, una volta approvata e pubblicata la graduatoria da parte dell'Amministratore Unico, procede alla convocazione del vincitore al fine di presentargli l'offerta di lavoro.

In caso di mancata presentazione e/o dell'eventuale rifiuto all'assunzione da parte del primo classificato, si procederà a scorrere la graduatoria fino all'individuazione del successivo classificato disponibile all'accettazione della proposta di lavoro.

La suddetta graduatoria resta aperta, limitatamente alla posizione ricercata, per 180 (centottanta) giorni dalla approvazione della stessa.

4. MODALITA' DI AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI

Umbria Salute Scarl può conferire incarichi individuali di collaborazione, ricerca e consulenza a soggetti esterni alla Società e/o persone fisiche in possesso di partita IVA che esercitano attività professionale per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi previsti dalla legge, persone fisiche in possesso di partita IVA non iscritte in albi, persone fisiche non in possesso di partita IVA. Rientrano in tale disciplina tutti gli incarichi assegnati a esperti esterni nelle ipotesi individuate dagli articoli 2222 e seguenti e 2229 e seguenti del Codice Civile e dal D.Lgs. 276/2003 e s.m.i.

Per quanto riguarda il processo di selezione per l'affidamento degli incarichi, compatibilmente con l'oggetto dell'incarico, la Società seguirà l'iter definito nel precedente punto 3.

In ogni caso, l'Amministratore Unico ha facoltà di conferire incarichi in via diretta nel caso di:

a) assoluta urgenza determinata da un evento imprevedibile;

b) precedente procedura comparativa andata deserta;

c) prestazioni professionali che non consentono forme di comparazione in relazione alla natura dell'incarico, all'oggetto della prestazione, alla qualificazione dell'incaricato.

d) incarichi per prestazioni meramente occasionali che si esauriscono in una prestazione episodica non riconducibile a fasi di piani o programmi della società quali ad esempio, partecipazione a convegni e seminari, singola docenza, traduzione di pubblicazioni e simili che abbiano un esborso equiparabile ad un rimborso spese che sia comunque congruo a remunerare la prestazione resa.

5. MODELLO 231/01 E SISTEMA QUALITA'

Nell'espletamento delle procedure di selezione ed assunzione del personale nonché nel conferimento degli incarichi, l'Azienda si impegna ad osservare i principi etico-comportamentali adottati nel Modello Organizzativo "231" di Umbria Salute, del "Codice Etico" nello stesso contenuto e delle procedure definite nel sistema di gestione per la Qualità aziendale.

6. *PUBBLICITA'*

Il presente Regolamento è reso noto mediante la pubblicazione nel sito internet della Umbria Salute www.umbriasalute.com .

REATI ASSOCIABILI.

Il processo di selezione e assunzione costituisce una delle modalità strumentali attraverso cui, in linea di principio, può essere commesso il reato di corruzione.

La selezione e l'assunzione di personale potrebbero costituire, infatti, un potenziale supporto alla commissione del reato verso pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio per ottenerne favori nell'ambito dello svolgimento di altre attività aziendali.

L'indebito beneficio, ottenuto attraverso l'assunzione di personale, è l'elemento costitutivo del reato in oggetto, da associare alla qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, del soggetto passivo e all'atto d'ufficio da compiere, omettere o ritardare.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della separazione dei ruoli come previsti nel regolamento e le funzioni utilizzatrici delle risorse, nonché dell'esistenza della tracciabilità di tutte le

fasi. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati. Nella fase "Acquisizione e gestione dei curricula -vitae", tracciabilità delle fonti di reperimento dei CV (ad es., società di head-hunting, e-recruitment, inserzioni, domande spontanee, presentazioni interne, ecc.);

Nella fase "Selezione", rispetto del criterio della separazione organizzativa per le attività di valutazione delle candidature come dettagliatamente riportato nel regolamento.

- Nella fase “Assunzione e post assunzione”, relativamente ai controlli da effettuare nel caso di eventuali dipendenti/incaricati provenienti da paesi terzi, consistenti nella verifica della validità dei relativi permessi di soggiorno, da effettuare mensilmente, al fine di non incorrere nel rischio di reato di cui all’art. 25 duodecies del D.Lgs.n.231/2001 (impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare).

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione “Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali” e la funzione “Servizi Legali, Qualità e Acquisti” devono comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco delle assunzioni e degli incarichi avvenuti nel periodo definito per l'invio dei flussi all'ODV.

Flusso 2 : elenco dipendenti/incaricati provenienti da paesi terzi, con indicazione della data di rilascio e scadenza del permesso di soggiorno.

SPESE DI RAPPRESENTANZA [verso pubblici dipendenti ed amministratori]

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo concerne il sostenimento di spese per la cessione gratuita di beni e servizi a favore di terzi non dipendenti, con lo scopo di offrire un'immagine positiva di Umbria Salute scarl e dell'attività dalla stessa svolta.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Sostenimento della spesa;
- Autorizzazione al rimborso;
- Rimborso.

REATI ASSOCIABILI

Le spese di rappresentanza costituiscono una delle modalità strumentali attraverso cui, in linea di principio, può essere commesso il reato di corruzione.

La gestione anomala delle spese di rappresentanza potrebbe costituire un potenziale supporto alla commissione del reato verso pubblici dipendenti ed amministratori per ottenerne favori nell'ambito dello svolgimento di altre attività aziendali (ad es., vendite alla Pubblica Amministrazione, ottenimento di licenze, ecc.). Elemento costitutivo del reato di corruzione, oltre alla qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, è l'indebita percezione, da parte di quest'ultimo, di una retribuzione o di qualsiasi altra utilità per sé o per terzi in conseguenza del compimento, della omissione o del differimento di un atto di ufficio dovuto.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della individuazione dei soggetti abilitati (a sostenere e ad autorizzare le spese) e sulla tracciabilità degli atti.

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Definizione delle categorie di spesa effettuabili;
- Identificazione dei soggetti aziendali abilitati a sostenere le spese;
- Esistenza di livelli di autorizzazione per il rimborso delle spese effettuate;
- Esistenza, presso il soggetto aziendale abilitato, di registrazione delle spese sostenute a favore dei pubblici dipendenti e amministratori e conservazione dell'evidenza documentale relativa.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Amministratore Unico deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco spese di rappresentanza sostenute a favore di pubblici dipendenti e amministratori.

ACQUISTI DI BENI E SERVIZI CON RUOLO PUBBLICISTICO

DESCRIZIONE PROCESSO

Stante la configurazione di Umbria Salute scarl di società a totale capitale pubblico secondo il modello in house providing e di cui all'ordinamento comunitario e nazionale, la Società è obbligata ad effettuare l'acquisizione di beni e servizi nel rispetto della normativa sugli appalti di cui al D.Lgs.n.163/2006 e s.m.i., così detto Codice degli appalti e di tutta la normativa correlata.

Il processo di acquisizione di beni e servizi si articola nelle seguenti fasi:

- Pianificazione fabbisogni e budget e definizione del Programma d'Acquisto;
- Emissione della Richiesta di Acquisto;
- Scelta della procedura di acquisto (es: gara aperta, ristretta, procedura negoziata, acquisizione in economia)
- Espletamento della suddetta procedura in tutte le sue fasi;
- Gestione operativa del contratto/ordine (esecuzione prestazioni/consegna beni/ collaudo);
- Riscontro, contabilizzazione e pagamento fatture.

REATI ASSOCIABILI

Il processo di acquisizione di beni e servizi costituisce una delle modalità strumentali attraverso cui, in linea di principio, può essere commesso il reato di **corruzione, concussione e truffa a danno dello Stato/Ente Pubbllico.**

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso attraverso la gestione non trasparente del processo di acquisizione (ad es., con la creazione di fondi a seguito di contratti stipulati a prezzi superiori a quelli di mercato o con l'assegnazione di contratti a persone o società gradite ai soggetti pubblici per ottenerne favori nell'ambito dello svolgimento di altre attività aziendali).

L'indebito beneficio, realizzato attraverso il processo d'acquisizione, è l'elemento costitutivo del reato in oggetto, da associare alla qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio dei soggetto passivo e all'atto d'ufficio da compiere, omettere o ritardare.

Il reato di **concussione** potrebbe essere commesso, mediante l'abuso della qualità e dei poteri dell'appaltante (incaricato di pubblico servizio), per costringere o indurre taluno a dare o promettere indebitamente denaro o altra utilità .

Il reato di **truffa a danno dello Stato/Ente Pubblico** potrebbe configurarsi qualora, a seguito della conduzione non corretta dell'appalto (artifizio o raggiro concordato con la società appaltatrice), derivasse un danno patrimoniale alla PA (ad es. per pagamento di prestazioni fittizie o di beni di minor valore di mercato rispetto a quanto contrattualmente previsto).

ATTIVITÀ' DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della formalizzata eparazione di ruolo nelle fasi chiave del processo, della tracciabilità degli atti e della valutazione complessiva delle forniture. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Esistenza di attori diversi operanti nelle seguenti fasi/attività del processo
- Richiesta della fornitura,
- Espletamento procedure di gara
- Effettuazione dell'acquisto,
- Certificazione dell'esecuzione dei servizi/consegna dei beni (rilascio benestare/collaudo),
- Effettuazione del pagamento;
- Esistenza di criteri tecnico-economici:
- Fase di selezione dei potenziali fornitori (Qualificazione e inserimento in un Albo Fornitori), richiesti nella lettera di invito o bando di gara
- validazione della fornitura e dei beni/servizi forniti (Qualità Entrante),
- la valutazione complessiva dei fornitori (Vendor Rating);
- Espletamento di procedure di gara per la selezione delle offerte sia con il criterio del prezzo più basso sia con quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (prezzo e qualità)
- Emissione Ordini di acquisto e/o Stipula di contratti
- Collaudi dei servizi e forniture;
- Eventuali varianti e/o integrazioni ai contratti e ordini;
- Tracciabilità delle singole fasi del processo (documentazione a supporto, livello di formalizzazione e modalità/tempistiche di archiviazione), per consentire la ricostruzione delle responsabilità, delle motivazioni delle scelte e delle fonti informative.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione "Servizi Legali, Qualità e Acquisti" deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco degli appalti/acquisti effettuati nel periodo di riferimento

Gli uffici richiedenti l'acquisto di beni e/o servizi devono comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco contratti che conferiscono il ruolo di stazione appaltante.

ACCORDI TRANSATTIVI

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo concerne tutte le attività necessarie a prevenire o dirimere una controversia con soggetti terzi; tali attività sono finalizzate, in particolare, a consentire di accordarsi con terzi, mediante reciproche concessioni, evitando di instaurare un procedimento giudiziario.

Le controversie possono derivare sia da un rapporto contrattuale, sia da responsabilità extracontrattuali (ad es., insorgere della lite a seguito di danni provocati da terzi ad aziende del Gruppo e viceversa).

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Analisi dell'evento da cui deriva la controversia;
- Esame dell'esistenza dei presupposti per addivenire alla transazione;
- Gestione delle attività finalizzate alla definizione e formalizzazione della transazione;
- Redazione, stipula ed esecuzione dell'accordo transattivo.

REATI ASSOCIABILI

Il processo relativo agli accordi transattivi costituisce una delle modalità strumentali attraverso cui, in linea di principio, può essere commesso il reato di corruzione.

La gestione anomala del processo transattivo potrebbe costituire, infatti, una potenziale modalità di predisposizione di mezzi finanziari utili per assicurare la "provvista" anche ai fini della commissione di reati rilevanti ai sensi del D. lgs. 231/01.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della separazione di ruolo fra le fasi chiave del processo e della tracciabilità delle fasi a garanzia delle scelte effettuate alla base dell'accordo transattivo. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Esistenza di responsabilità differenziate fra:
  - Gestione operativa dei processo aziendale legato all'accordo transattivo,
  - Gestione della trattativa e formalizzazione dell'accordo transattivo;
- Esistenza, presso i soggetti coinvolti, di evidenza documentale delle singole fasi del processo (richiesta, gestione, formalizzazione ed esecuzione dell'accordo);
- Esistenza di livelli autorizzativi coerenti con il sistema di procure aziendali per la stipulazione ed esecuzione degli accordi transattivi;
- Esistenza di criteri quali/quantitativi per il ricorso ad accordi transattivi in alternativa alla gestione della controversia in sede giudiziale.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione “Servizi Legali, Qualità e Acquisti “che gestisce le transazioni deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco delle trattative in corso, con specifica evidenza di quelle gestite in deroga;

Flusso 2: elenco delle transazioni, con specifica evidenza di quelle eventualmente gestite in deroga.

FORNITURA DI BENI E SERVIZI

DESCRIZIONE PROCESSI

Stante l'attuale configurazione di Umbria Salute scarl di società a totale capitale pubblico secondo il modello in *house providing e* di cui all'ordinamento comunitario e interno, il processo si riferisce alle attività svolte per la fornitura di beni e servizi a favore dei Soci della Umbria Salute scarl (Aziende regionali sanitarie e Webred S.p.A.) sulla base di convenzioni stipulate a seguito di affidamenti diretti, che comunque avvengono fuori del regime di appalto di cui al DLgs.163/2006.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Acquisizione delle informazioni relative alle necessità dei suddetti soggetti pubblici;
- Preparazione dell'offerta proposta tecnico-economica;
- Stipulazione ed esecuzione contrattuale e collaudo/verifica;
- Fatturazione, gestione del credito, incassi ed eventuali contestazioni.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo, i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere: **corruzione, truffa a danno dello Stato/Ente pubblico e frode informatica.**

Il reato di **corruzione** potrebbe essere commesso, ad esempio, per favorire l'affidamento o influire sull'esito del collaudo.

Il reato di **truffa a danno dello Stato/Ente Pubblico** potrebbe configurarsi in una formalizzazione documentale non veritiera o in una condotta ingannevole che rechino danno patrimoniale allo Stato/Ente Pubblico (ad es., sovrastimando i beni/servizi offerti o rendicontando e facendo pagare ai soci prestazioni non fornite).

Il reato di **frode informatica** potrebbe essere commesso alterando il funzionamento di sistemi o intervenendo sui dati, per procurare un ingiusto profitto a Umbria Salute.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della **formalizzata separazione di ruolo** nelle fasi chiave dei processi e della **tracciabilità degli atti .**

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

Esistenza di attori diversi operanti nelle seguenti fasi/attività dei processi:

- Preparazione dell'offerta tecnico-economica, definizione delle specifiche.
- Attuazione della legge sugli appalti e gestione Albo Fornitori per gli eventuali affidamenti a terzi delle parti non direttamente eseguite da Umbria Salute.
- Stipula ed esecuzione contrattuale.
- Fatturazione.
- Sottoscrizione, da parte del responsabile della proposta tecnico-economica, di specifica dichiarazione di rispetto dei principi etico-comportamentali adottati da Umbria Salute scarl da allegare ai documenti di

offerta ai soci.

- Effettuazione di verifica di congruenza fra quanto erogato, quanto collaudato/attestato e quanto fatturato alla PA;
- Tracciabilità degli atti e delle fonti informative nelle singole fasi del processo con specifico riferimento ad impiego di risorse e tempi;
- Tracciabilità delle procedure utilizzate per affidamenti a terzi.

In caso di deroga ai suddetti principi, saranno attivate specifiche escalation autorizzative.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi dei processi quali :

- Predisposizione/trasmissione della proposta tecnico-economica ;
- Stipula del contratto
- Erogazione del servizio/verifica bene e servizio affidati
- Gestione del credito.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione "Servizi Legali, Qualità e Acquisti "deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco contratti/ordini di vendita di beni/servizi stipulati;

Flusso 2: elenco contestazioni in corso che la PA ha formalmente inoltrato a Umbria Salute.

RAPPORTI CON ISTITUZIONI E AUTHORITY

DESCRIZIONE PROCESSI

I processi relativi alla gestione dei rapporti con Istituzioni e Authority si riferiscono a:

- Rilascio di autorizzazioni e obblighi di notifica/informativa nei confronti di Autorità ed Organismi di Vigilanza (ad es Garante Privacy, AVCP, ecc……);
- Rappresentazione della posizione di Umbria Salute scarl presso Governo, Parlamento, Enti Pubblici e Amministrazioni centrali e locali, Agenzia dell'entrate, INPS, Guardia di Finanza, ecc…..

Tali processi presentano uno sviluppo sostanzialmente analogo, articolato nelle seguenti fasi:

- Istruttoria interna e predisposizione documentale;
- Presentazione della richiesta di provvedimento o trasmissione degli atti o rappresentazione della posizione di Umbria Salute;
- Gestione del rapporto in costanza d'autorizzazione, compreso verifiche ed ispezioni ed eventuale contenzioso.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo, i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere: **corruzione e truffa a danno dello Stato.**

Il reato di **corruzione** potrebbe essere commesso in ogni fase del processo in presenza del contatto con rappresentanti della PA, con la finalità di influenzare posizioni e decisioni di favore per Umbria Salute.

Il reato di **truffa a danno dello Stato/ente pubblico** potrebbe configurarsi in una rappresentazione non veritiera della realtà, tramite trasmissione di documenti o specifica condotta ingannevole nei confronti dei rappresentanti PA, da cui derivi un danno allo Stato.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della **formalizzata separazione di ruolo** nelle fasi chiave dei processo e della **tracciabilità degli atti.**

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

Esistenza di attori diversi operanti nelle seguenti fasi/attività del processo:

- Predisposizione di dati/informazioni/documenti da fornire ai soggetti pubblici,
- Presentazione di dati/informazioni/documenti alla PA;
- Esistenza di direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare nei contatti formali ed informali intrattenuti con i diversi soggetti pubblici;
- Formalizzazione degli eventuali rapporti con soggetti esterni (consulenti legali, terzi rappresentanti o altro) incaricati di svolgere attività a supporto di Umbria Salute, prevedendo nei contratti una specifica clausola che li vincoli al rispetto dei principi etico-comportamentali adottati da Umbria Salute;
- Rendicontazione dei rapporti formali con rappresentanti della PA e tracciabilità degli atti e delle fonti documentali che ne stanno alla base.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi dei processo ed in particolare nelle seguenti attività:

- Istruttoria interna e presentazione
- in sede di incontri informali con Autorità Indipendenti/Organismi di Vigilanza/Ministero delle Comunicazioni/Rappresentanti delle Istituzioni ecc…., volti alla definizione e rappresentazione della posizione di Umbria Salute, quando tali comportamenti siano utilizzati per indurre a favorire gli interessi della Società, in particolare anche mediante la fornitura di dati/informazioni non veritieri;
- nel corso della eventuale fase istruttoria promossa a seguito di ispezioni, quando tali comportamenti siano mirati al superamento di vincoli o criticità emerse a sfavore della società.
- in sede di predisposizione di delibere o di atti normativo/regolamentari in genere, quando tali comportamenti siano finalizzati ad agevolare gli interessi di Umbria Salute.
- Gestione del rapporto
- nel corso della gestione delle autorizzazioni/licenze, quando tali comportamenti siano finalizzati ad evitare, anche in parte, l'osservanza degli adempimenti di legge/amministrativi o, comunque, a poter disporre di particolari privilegi;
- in sede di adempimenti conseguenti agli obblighi di legge/normativi e di attività di gestione in genere, quando tali comportamenti siano diretti a rappresentare alle Istituzioni Pubbliche dati/informazioni non corretti, con la finalità di perseguire "posizioni privilegiate" nell'interesse di Umbria Salute scarl o di eludere obblighi di legge/normativi;
- in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte di Autorità Indipendenti/Organismi di Vigilanza, INPS, Agenzie delle Entrate, Guardia di Finanza, ecc…quando tali comportamenti siano finalizzati a influenzare, nell'interesse di Umbria Salute, il giudizio/parere di tali soggetti.
- in sede di conciliazione/contenzioso, quando tali comportamenti siano finalizzati a influenzare le decisioni dell'Organo giudicante.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Amministratore Unico, la funzione "Servizi Legali, Qualità e Acquisti " e la funzione "Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali" coinvolti nella gestione dei rapporti con Istituzioni e Authority devono comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco delle richieste e dei relativi provvedimenti ottenuti per licenze, autorizzazioni, concessioni.

FINANZA AGEVOLATA

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo si riferisce alle attività svolte per acquisire e gestire i contributi, le sovvenzioni ed i finanziamenti concessi da soggetti pubblici.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Individuazione delle fonti di finanziamento, di cui si può beneficiare e predisposizione delle attività relative alla richiesta di istruttoria;
- Approvazione della richiesta e stipulazione del decreto di concessione o del contratto;
- Attuazione del piano e rendicontazione dei costi di progetto;
- Acquisizione e gestione del finanziamento agevolato (a titolo di acconto e/o saldo);
- Verifiche ed ispezioni da parte dell'Ente finanziatore.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo, i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere:

corruzione, indebita percezione di erogazioni, malversazione e truffa a danno dello Stato.

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso per facilitare l'assegnazione del finanziamento agevolato.

Il reato d'indebita percezione di erogazioni potrebbe essere commesso nella fase di richiesta di erogazione del finanziamento concesso (anche a titolo di acconto) ed acquisizione del finanziamento agevolato tramite presentazione di richieste di finanziamento che contengano dichiarazioni o documenti falsi o attestanti cose non vere o omettano informazioni dovute.

Il reato di malversazione potrebbe essere commesso mediante la destinazione a scopi diversi da quelli dichiarati dei fondi agevolati ottenuti.

Il reato di truffa a danno dello Stato/ente pubblico potrebbe essere commesso tramite predisposizione ed inoltro di documenti non veritieri nelle fasi di presentazione della domanda di finanziamento agevolato, di attuazione del progetto e relativa rendicontazione, di collaudo e di eventuali ispezioni, con conseguente danno patrimoniale.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della formalizzata separazione di ruolo fra gli attori del processo e della effettuazione di specifiche attività di riscontro degli avanzamenti progettuali. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Esistenza di attori diversi operanti nelle seguenti fasi/attività del processo:
- Presentazione della richiesta di finanziamento e di successiva erogazione dello stesso,
- Realizzazione dell'attività oggetto di finanziamento,
- Collaudo delle realizzazioni o certificazione dell'esecuzione di lavori/prestazioni,
- Predisposizione dei rendiconti dei costi,
- Controllo super partes (cfr. infra);

- Assegnazione della responsabilità di presidio unitario delle attività tecnico-realizzative per ogni progetto finanziato;
- Definizione, per ogni progetto, di un piano di informazione, verso tutte le strutture coinvolte, circa le regole di attuazione degli interventi finanziati e della loro successiva gestione;
- Effettuazione del collaudo delle realizzazioni o certificazione dell'esecuzione di lavori/prestazioni;
- Esistenza di riconciliazione fra dati tecnici ed amministrativi e di connessa verifica di finanziabilità delle spese esposte;
- Effettuazione di verifica di congruenza degli stati di avanzamento del progetto con il piano finanziario definito dal provvedimento di concessione;
- Esistenza di un organismo di controllo super partes, costituito da adeguato mix professionale tecnico amministrativo, responsabile, sulla base di valutazioni di rischiosità, di:
- Monitoraggio dello lo stato di avanzamento del progetto, in conformità con le regole di attuazione definite, con interventi di verifica in corso d'opera;
- salvaguardia - mediante attività di riscontro di merito su base campionaria - la correttezza e l'autenticità delle condizioni/documenti prescritti dal decreto/concessione;
- Tracciabilità degli atti e delle fonti informative.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi del processo ed in particolare nelle seguenti attività:

- Approvazione della concessione del finanziamento/contributo;
- in sede di incontri con i rappresentanti degli Istituti finanziari e/o della PA nel corso della istruttoria, quando tali comportamenti siano mirati al superamento di vincoli o criticità ai fini della concessione dei finanziamento agevolato/contributo;
- in sede di presentazione della documentazione prescritta dalla normativa per la concessione del finanziamento agevolato/contributo, quando tali comportamenti (ad es., proposta all'Ente finanziatore di interventi eleggibili ma già realizzati in precedenza, dichiarazioni false circa agevolazioni ottenute) siano utilizzati per indurre i rappresentanti di tali Enti a favorire Umbria Salute
- in sede di approvazione della concessione del finanziamento agevolato/contributo, quando tali comportamenti siano finalizzati a poter disporre di particolari privilegi o ad agevolare, tramite iniziative non trasparenti e non formalizzate sul piano aziendale, gli interessi di Umbria Salute;
- Acquisizione e gestione di eventuali erogazioni a titolo di anticipo/acconto
- in sede di emissione dei provvedimenti di erogazione, da parte degli Organi competenti, quando tali comportamenti siano finalizzati ad agevolare gli interessi di Umbria Salute;
- in sede di adempimenti degli obblighi di legge/normativi e convenzioni per il conseguimento degli anticipi/acconti previsti dalla legge, quando tali comportamenti siano diretti a rappresentare -agli

Istituti Finanziari ed alla PA- informazioni non veritiere e/o non complete o ad eludere obblighi di legge/normativi;

- Realizzazione del progetto
- in sede di attuazione degli interventi finanziati, quando tali comportamenti siano diretti ad evitare, anche in parte, l'osservanza degli adempimenti di legge/amministrativi;
- in sede di utilizzo di finanziamenti agevolati/contributi, quando tali comportamenti siano diretti a destinare i fondi ricevuti a finalità differenti, da quelle prescritte da leggi/normative di concessione;
- in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte degli Organismi specifici, quando tali comportamenti siano finalizzati ad influenzare, nell'interesse di Umbria Salute, il giudizio/parere di tali Organismi;
- Consuntivazione e rendicontazione dei costi del progetto
- In sede di predisposizione degli stati avanzamento lavori, quando tali comportamenti (es., presentazione di documenti di consuntivazione e rendicontazione non corretti e non veritieri, esposizione di stessi costi su diversi finanziamenti) siano utilizzati per agevolare la posizione di Umbria Salute.;
- in sede di ispezioni/controlli/verifiche, da parte degli addetti degli Istituti Finanziari e/o della PA, quando tali comportamenti siano finalizzati ad influenzare, nell'interesse di Umbria Salute, il giudizio/parere di tali addetti.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Amministratore Unico e la funzione "Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali", devono comunicare, con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco richieste di finanziamento presentate e relativi finanziamenti ottenuti;

Flusso 2: elenco risultanze delle verifiche/ispezioni effettuate dalla PA.

AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI

DESCRIZIONE PROCESSO

I processi relativi ad autorizzazioni e concessioni si riferiscono alle attività svolte per l'ottenimento (e successiva gestione del rapporto con la PA) di:

- concessioni di spazi per l'ubicazione di uffici ed eventuale l'installazione di impianti mediante la stipulazione di convenzioni e di contratti di acquisto e locazione;
- provvedimenti amministrativi per lo svolgimento di attività strumentali immobiliari e impiantistiche (ad es., per siti ad uso ufficio).

Tali processi presentano uno sviluppo sostanzialmente analogo, articolato nelle seguenti fasi:

- Contatto con il soggetto pubblico per la rappresentazione dell'esigenza;
- Inoltro della richiesta, con eventuale negoziazione di specifiche tecnico-progettuali e di clausole contrattuali;
- Rilascio dell'autorizzazione o stipulazione del contratto;
- Gestione dei rapporti in costanza di autorizzazione o esecuzione contrattuale, con conclusiva verifica e/o collaudo;
- Gestione di ispezioni/accertamenti e/o dell'eventuale contenzioso.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questi processi, i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere: **corruzione e truffa a danno dello Stato/Ente pubblico**.

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso per favorire l'ottenimento dell'autorizzazione, la stipulazione del contratto o l'esito dell'ispezione.

Il reato di **truffa a danno dello Stato/ente pubblico** potrebbe configurarsi in una formalizzazione documentale non veritiera o in una condotta ingannevole che rechino danno patrimoniale allo Stato/ente pubblico.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sull'elemento qualificante della tracciabilità degli atti. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Effettuazione di verifica di congruenza fra quanto autorizzato, quanto realizzato e quanto dichiarato alla PA ai fini del pagamento dei corrispettivi previsti;
- Tracciabilità degli atti e delle fonti informative nelle singole fasi dei processi con specifico riferimento ad impiego di risorse e tempi;

- Esistenza di direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare nei contatti formali ed informali intrattenuti con i diversi soggetti pubblici;
- Formalizzazione degli eventuali rapporti con soggetti esterni (consulenti, terzi rappresentanti o altro) incaricati di svolgere attività a supporto di Umbria Salute, prevedendo nei contratti una specifica clausola che li vincoli al rispetto dei principi etico-comportamentali adottati da Umbria Salute.
- Selezione ed utilizzo di fornitori nel rispetto della normativa sugli appalti pubblici. In caso di deroga ai suddetti principi si dovranno attivare le necessarie autorizzazioni.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi dei processi ed in particolare nelle seguenti attività:

- in sede di predisposizione e presentazione della documentazione necessaria, quando tali comportamenti siano utilizzati per influire nella stipulazione del contratto o nel rilascio dell'autorizzazione;
- in sede di ispezioni/accertamenti da parte della PA, quando tali comportamenti siano finalizzati ad influenzare, nell'interesse di Umbria Salute, il giudizio/parere dei rappresentanti pubblici intervenuti.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Amministratore Unico al rilascio di autorizzazioni da parte della PA, alla stipula di contratti di concessione e alla firma di convenzioni, deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco provvedimenti ottenuti e contratti stipulati;

Flusso 2: L'elenco contestazioni e contenziosi in corso promossi dalla PA.

PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo concerne tutte le attività di gestione dei contenziosi (incluse le fasi di precontenzioso) con la Pubblica Amministrazione (nel caso specifico con i Soci della società) derivanti da contratti con la stessa stipulati da Umbria Salute.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Accertamento preliminare e pre-contenzioso;
- Apertura del contenzioso o dell'arbitrato;
- Gestione del procedimento;
- Conclusione con sentenza o lodo arbitrale.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo, i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere: corruzione e truffa a danno dello Stato/ente pubblico.

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso nei confronti di Giudici o membri del Collegio Arbitrale competenti a giudicare sul contenzioso/arbitrato di interesse di Umbria Salute scarl (compresi gli ausiliari e i periti d'ufficio), e/o di rappresentanti della Pubblica Amministrazione (Soci Umbria Salute) quale controparte del contenzioso, al fine di ottenere illecitamente decisioni giudiziali e/o stragiudiziali favorevoli.

Il reato di truffa a danno dello Stato potrebbe configurarsi ove, a seguito della decisione espressa dall'Organo Giudicante/Collegio Arbitrale, fondata su prove documentali false e/o alterate o condotte volutamente subdole/artificiose, derivasse un danno patrimoniale nei confronti della PA (Soci Umbria Salute), con ingiusto profitto per Umbria Salute.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della tracciabilità delle fasi e del presidio legale interno.

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Tracciabilità delle fasi operative, degli atti e delle fonti informative;
- Protocollo dei documenti aziendali ufficiali diretti (tramite Legali esterni e Periti di parte) ai Giudici o ai membri del Collegio Arbitrale -compresi i Periti d'ufficio dagli stessi designati- competenti a giudicare sul contenzioso/arbitrato di interesse di Umbria Salute, e/o ai rappresentanti della Pubblica Amministrazione (Soci Umbria Salute) quale controparte del contenzioso;
- Valutazione di congruità formale dei flussi documentali e di esperibilità delle azioni funzionali al procedimento, da parte di un legale interno o del presidio legale di riferimento.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi del processo ed in particolare nelle seguenti attività:

- in sede di incontri formali e informali, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte, per indurre Giudici o membri del Collegio Arbitrale (compresi gli ausiliari e i Periti d'ufficio), nonché i rappresentanti della Pubblica Amministrazione quale controparte del Contenzioso, a favorire gli interessi di Umbria Salute;
- nel corso delle fasi del procedimento, anche a mezzo di legali esterni e periti di parte, per ottenere il superamento di vincoli o criticità ai fini della tutela degli interessi di Umbria Salute.;
- in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte degli Organismi pubblici o periti d'ufficio, per influenzarne il giudizio/parere nell'interesse di Umbria Salute, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte;
- in sede di decisione del contenzioso/arbitrato, per influenzare le posizioni della Pubblica Amministrazione quale controparte del contenzioso e le decisioni dell'Organo giudicante, anche a mezzo di legali esterni e periti di parte.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione “Servizi Legali, Qualità e Acquisti” deve comunicare, per quanto di competenza e con periodicità definita, quanto segue:

Flusso 1: elenco contenziosi in corso e conclusi con la Pubblica Amministrazione (nel caso specifico i soci della Umbria Salute)

PROCEDIMENTI GIUDIZIALI ED ARBITRALI CON SOGGETTI NON PUBBLICI

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo concerne tutte le attività di gestione dei contenziosi (incluse le fasi di precontenzioso) riconducibili a procedimenti giudiziali ed arbitrali con soggetti terzi non pubblici.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Pre-contenzioso;
- Apertura del contenzioso o dell'arbitrato;
- Gestione del procedimento;
- Conclusione con sentenza o lodo arbitrale.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo, il reato ipotizzabile, in linea di principio, potrebbe essere la corruzione.

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso nei confronti di Giudici o membri del Collegio Arbitrale competenti a giudicare sul contenzioso/arbitrato di interesse di Umbria Salute scarl (compresi gli ausiliari e i periti d'ufficio), al fine di ottenere illecitamente decisioni giudiziali e/o stragiudiziali favorevoli.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Non sono previste attività di controllo specifiche del processo poiché il solo reato associabile è la corruzione per la cui prevenzione valgono le attività di controllo e le indicazioni comportamentali generali e relative ai processi strumentali (selezione ed assunzione del personale, spese di rappresentanza, ecc..).

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi del processo ed in particolare nelle seguenti attività:

- in sede di incontri formali ed informali, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte, per indurre Giudici o membri del Collegio Arbitrale (compresi gli ausiliari e i Periti d'ufficio) a favorire gli interessi di Umbria Salute;
- nel corso delle fasi del procedimento (compreso il tentativo obbligatorio di conciliazione nelle cause di lavoro) anche a mezzo di legali esterni e periti di parte, per ottenere il superamento di vincoli o criticità ai fini della tutela degli interessi di Umbria Salute;
- in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte degli Organismi pubblici o periti d'ufficio, per influenzarne il giudizio/parere nell'interesse di Umbria Salute, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte;
- in sede di decisione del contenzioso/arbitrato, per influenzare le decisioni dell'Organo giudicante, anche a mezzo di Legali esterni e di Periti di parte.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

Non sono previsti specifici flussi informativi.

OBBLIGHI PREVIDENZIALI E TRIBUTARI

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo si riferisce alle attività svolte per osservare gli adempimenti prescritti dalle leggi, in relazione ai trattamenti previdenziali del personale dipendente, dei collaboratori coordinati e continuativi nonché agli adempimenti tributari quali ad esempio la predisposizione di dichiarazione dei redditi e della dichiarazione relativa alla liquidazione dei tributi in generale.

Relativamente agli obblighi previdenziali processo si articola nelle seguenti fasi:

- Determinazione degli importi da versare (sulla base delle retribuzioni e dei compensi) e predisposizione delle dichiarazioni prescritte dalla legge (DM10, F24, ecc.);
- Approvazione delle dichiarazioni per gli Enti;
- Invio (prevalentemente telematico) dei moduli e versamento dei relativi importi;
- Visite ispettive (eventuali).

Lo stesso processo viene eseguito per gli adempimenti tributari.

REATI ASSOCIABILI

In relazione a questo processo i reati ipotizzabili, in linea di principio, potrebbero essere: corruzione e truffa a danno dello Stato.

Il reato di corruzione potrebbe essere commesso in sede di ispezioni e/o controlli da parte della PA, per influenzarne i risultati nell'interesse di Umbria Salute.

Il reato di truffa a danno dello Stato potrebbe configurarsi ove derivi un ingiusto profitto a Umbria Salute scarl ed un danno patrimoniale alla PA, tramite predisposizione e inoltro di documenti non veritieri o negoziazione indebita di minori sanzioni in sede di ispezioni (ad es., invio di moduli DM10 artatamente non corretti).

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della tracciabilità degli atti. In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati.

- Verifica di conformità fra dati forniti dai sistemi di amministrazione dei personale e dati dichiarati;
- Tracciabilità degli atti e delle fonti informative nelle singole fasi del processo.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al Codice Etico e ai Principi di Comportamento con la Pubblica Amministrazione, in tutte le fasi del processo ed in particolare nelle seguenti attività:

- Determinazione degli importi e predisposizione delle dichiarazioni;
- in sede di raccolta della documentazione e predisposizione della dichiarazione quando tali comportamenti siano diretti a rappresentare alla PA informazioni non vere e/o non complete o ad eludere obblighi di legge;
- Visite ispettive da parte della PA

- in sede delle suddette visite, quando tali comportamenti siano finalizzati ad influenzare, nell'interesse di Umbria Salute scarl le relative risultanze (producendo un danno patrimoniale per la PA).

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

Non sono previsti specifici flussi informativi.

OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE E "FUORI PROCEDURA" DAI SOGGETTI APICALI

AMBITO DI RIFERIMENTO

I soggetti apicali secondo il D.lgs. 231 sono identificati all'art. 5 come "persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione della Società o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano anche di fatto la gestione ed il controllo dello stesso". Il D.lgs. 231/01 non ha modificato il sistema normativo che disciplina l'amministrazione ed la governance delle società, sicché l'autonomia decisionale dei soggetti in posizioni apicali è sostanziale ed indefettibile espressione della libertà di gestione dell'impresa in forma societaria. I soggetti in posizione apicale in via ordinaria decidono operazioni che seguono i normali criteri previsti dal Modello Organizzativo, che gli stessi conoscono e condividono. Pur tuttavia tali soggetti sono talvolta necessitati - nell'interesse della società - ad avviare operazioni che seguono un iter procedimentale diverso da quello dettagliato nel Modello Organizzativo, a causa di situazioni di eccezionalità dovute ad esigenze di straordinaria urgenza o di particolare riservatezza od anche di singola peculiarità dell'operazione. A quest'ultima tipologia di operazione si rivolge il presente Schema di Controllo Interno.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sui due elementi qualificanti della **tracciabilità degli atti** e del **flusso informativo** verso l'Organismo di Vigilanza.

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono:

Tracciabilità dell'operazione in termini di documentazione e supporti informativi atti a consentire la "ricostruibilità" a posteriori delle motivazioni e delle situazioni contingenti in cui si è sviluppata l'operazione stessa.

Speciale riguardo deve assumere l'esplicazione, ancorché in forma sintetica (ma non generica), delle ragioni e dei motivi che hanno determinato la scelta operativa. Non necessariamente devono essere esplicitate le ragioni della decisione, ma le caratteristiche (ad es., riservatezza ed urgenza) che hanno reso impossibile l'attuazione della decisione secondo lo schema operativo prefissato;

Specifica informativa, da parte dello stesso soggetto apicale che ha attivato l'operazione "in deroga", verso l'Organismo di Vigilanza affinché possa attuare i dovuti riscontri con sistematicità e tempestività.

Qualora sussistono operazioni in deroga, il soggetto apicale dovrà inviare all'ODV gli estremi delle suddette operazioni effettuate.

REATI SOCIETARI

DESCRIZIONE PROCESSO

Il presente processo, riguardante i reati societari, è destinato in particolare agli amministratori, ai legali rappresentanti ("Soggetti apicali") di Umbria Salute, nonché ai dipendenti soggetti a controllo da parte dei Soggetti apicali nelle aree di attività a rischio di commissione di reati societari. Per quanto concerne gli amministratori la legge equipara a coloro che sono formalmente investiti di tali qualifiche anche i soggetti che svolgono tali funzioni "di fatto". Ai sensi dell'art. 2639 c.c., infatti, dei reati societari previsti dal codice civile risponde sia chi è tenuto a svolgere la stessa funzione, diversamente qualificata, sia chi esercita in modo continuativo e significativo i poteri tipici inerenti alla qualifica o alla funzione. Obiettivo del presente processo è che tutti i suddetti destinatari siano pienamente consapevoli della valenza dei comportamenti censurati e che quindi adottino regole di condotta conformi a quanto prescritto, al fine di impedire il verificarsi dei reati previsti nel Decreto 231 /01.

Aree di rischio

A) Predisposizione del bilancio e della relazione sulla gestione e situazioni contabili infrannuali e più in particolare:

- Estrazione dei dati per le chiusure contabili con ricorso al sistema informatico;
- Richiesta alle funzioni aziendali dei dati non estraibili dal sistema informatico (i responsabili delle singole commesse o delle funzioni aziendali trasmettono i dati richiesti, funzionali alla valutazione di alcune voci di bilancio come ad esempio accantonamenti o stati avanzamento lavori delle commesse).
- Verifica dei dati ricevuti (verifica della congruenza dei dati ricevuti e del presupposto normativo).
- Predisposizione della bozza di bilancio.
- Predisposizione della relazione sulla gestione.
- Approvazione del bilancio.
- Conservazione e archiviazione del fascicolo di bilancio.

B) Gestione dei rapporti con Soci,

In particolare il rapporto con la Conferenza degli Enti Soci e l' Assemblea dei Soci finalizzati alla raccolta di informazioni .

C) Predisposizione di documenti ai fini delle delibere assembleari e del CDA

Si tratta delle attività finalizzate alla predisposizione dei documenti destinati alle delibere assembleari e alle Conferenze degli Enti Soci ed in particolare:

• Richiesta di report necessari per le delibere a cura dell'organo Amministrativo- l'A.D. in funzione degli argomenti da discutere nella Conferenza degli Enti- Soci e nella Assemblea dei Soci.

• Predisposizione ed invio dei report – l' ufficio amministrazione predispone la reportistica richiesta e la sottopone all'attenzione dell' Organo Amministrativo.

D) Informativa a terzi:

E) Operazioni sul capitale.

F) Comunicazione, svolgimento e verbalizzazione Assemblee.

REATI ASSOCIABILI

- False comunicazioni sociali, anche in danno dei soci o dei creditori;
- Impedito controllo;
- Illegale ripartizione degli utili e delle riserve;
- Illecite operazioni sulle quote sociali;
- Illecita influenza dell'assemblea.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della **separazione dei ruoli** e della **tracciabilità degli atti.** In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati:

- Verifica di conformità fra dati forniti dai sistemi informatici e quelli realmente riscontrabili dalla documentazione disponibile;
- Tracciabilità degli atti e delle fonti di provenienza nelle singole fasi del processo.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Principi generali di comportamento

A carico dei suddetti destinatari si prevede l'espresso divieto di:

1. porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali da integrare le fattispecie di reato previste dagli artt. 25 ter e sexies dei Decreto;
2. porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti che, sebbene risultino tali da non costituire di per sé fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate, possano potenzialmente diventarlo.

Si prevede, conseguentemente, l'espresso obbligo a carico dei destinatari:

1. di tenere un comportamento corretto, tempestivo, trasparente e collaborativo, nel rispetto delle norme di legge e delle procedure aziendali interne, in tutte le attività finalizzate alla formazione del bilancio d'esercizio, dei bilanci periodici, del budget e delle altre comunicazioni sociali al fine di fornire alle funzioni preordinate, ai soci ed ai terzi (per quanto in loro diritto) una informazione veritiera e corretta sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della società;
2. di osservare rigorosamente tutte le norme poste dalla legge a tutela dell'integrità ed effettività del capitale sociale e di agire sempre nel rispetto delle procedure aziendali interne che su tali norme si fondano, al fine di non ledere le garanzie dei creditori e dei terzi in genere;
3. di assicurare il regolare funzionamento della società e degli organi sociali, garantendo ed agevolando ogni forma di controllo interno sulla gestione sociale previsto dalla legge, nonché la libera e corretta formazione della volontà assembleare.

Nell'ambito dei suddetti comportamenti, è fatto divieto, in particolare, di:

- con riferimento al precedente punto 1:

a) rappresentare o trasmettere per l'elaborazione e la rappresentazione in bilanci, budget, relazioni o altre comunicazioni sociali, dati falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà, sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della società;

b) omettere la comunicazione di dati ed informazioni imposti dalla legge sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della società.

- con riferimento al precedente punto 2:

a) restituire conferimenti ai soci o liberare gli stessi dall'obbligo di eseguirli, al di fuori dei casi di legittima riduzione del capitale sociale, in qualsiasi forma non specificamente ricompresa fra quelle qui di seguito descritte;

b) ripartire utili o acconti su utili non effettivamente conseguiti o destinati per legge a riserva;

c) effettuare riduzioni del capitale sociale, fusioni o scissioni, in violazione delle disposizioni di legge a tutela dei creditori;

d) procedere a formazione o aumenti fittizi dei capitale sociale, attribuendo azioni o quote per un valore inferiore al loro valore nominale in sede di costituzione di società o di aumento del capitale sociale; e) compravendere azioni o quote delle società del gruppo al di fuori delle ipotesi normativamente previste;

f) distrarre i beni sociali, in sede di liquidazione della società, dalla loro destinazione ai creditori, ripartendoli fra i soci prima del pagamento dei creditori o dell'accantonamento delle somme necessarie a soddisfarli.

- con riferimento al precedente punto 3:

a) porre in essere comportamenti che impediscano materialmente, mediante l'occultamento di documenti o l'uso di altri mezzi fraudolenti, o che comunque costituiscano ostacolo allo svolgimento all'attività di controllo o di revisione della gestione sociale da parte del Collegio Sindacale o della Società di Revisione;

b) determinare o influenzare l'assunzione delle deliberazioni dell'assemblea, ponendo in essere atti simulati o fraudolenti finalizzati ad alterare il regolare procedimento di formazione della volontà assembleare.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Amministratore Unico, la funzione "Servizi Legali, Qualità e Acquisti" e la funzione "Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali" sono tenuti per quanto di competenza ad inviare all'ODV:

Flusso 1:Elenco delle eventuali comunicazioni sociali;

Flusso 2 : Osservazioni di rilevante impatto contabile;

Flusso 3 : Elenco delle eventuali delibere relative ad operazioni sul capitale;

Flusso 4 : Eventuali controlli sugli atti amministrativi da parte dell'autorità deputate.

REATI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO RAPPORTI CON SOGGETTI PUBBLICI IN SEDE DI VERIFICA / ISPEZIONE RELATIVAMENTE A CRITICITA` EMERSE SULLA SICUREZZA SUL LAVORO D.LGS.N. 81/2008

DESCRIZIONE PROCESSO

La Legge 3 agosto 2007, n. 123, ha introdotto l'art. 25 septies del D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 (articolo in seguito sostituito dall'art. 300 del D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81), che prevede la responsabilità delle società per i reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Entrambi i reati sopra richiamati rilevano, ai fini del Decreto, unicamente nel caso in cui sia ascrivibile al soggetto agente, sotto il profilo dell'elemento soggettivo, la c.d. "colpa specifica", consistente nella violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene ed alla salute sul lavoro.

Assume quindi rilevanza la legislazione prevenzionistica vigente e in particolare il D.lgs. n. 81/2008, così detto "Testo Unico" in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Con riferimento ai reati sopra riportati, non è possibile escludere aprioristicamente alcun ambito di attività, poiché tali reati potrebbero interessare la totalità delle componenti aziendali.

In altri termini, i reati in oggetto, potrebbero astrattamente essere commessi in tutti i casi in cui vi sia, in seno all'azienda, una violazione degli obblighi e delle prescrizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Umbria Salute, così come richiesto dal D.Lgs.8112008, ha pertanto redatto il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) considerando nello stesso i fattori di rischio derivanti dai luoghi di lavoro con l'intento di prevenire gli stessi.

Inoltre, ai fini dei M.O. e dei reati verso la P.A. si rappresentano le seguenti fasi di attività ritenuta sensibile a tale riguardo:

- Primo contatto con gli ispettori - in caso di ispezione, l'RSPP cura la gestione del primo contatto con l'ispettore, predisponendo i dati e le informazioni necessarie e trasmettendo notifica al Responsabile della funzione interessata.
- Gestione della visita ispettiva - l'RSPP accompagna l'ispettore nel corso della verifica, illustrando tutta la documentazione richiesta ed attivandosi affinché il personale fornisca il supporto necessario. L'RSPP assiste l'ispettore nell'eventuale stesura di un verbale valutando l'opportunità di inserire osservazioni e/o rilasciare dichiarazioni.
- Acquisizione dei rilievi dell'ispezione - copia del verbale, contenente i rilievi dell'ispezione, viene inviata all'RSPP che ha gestito l'operazione.

REATI ASSOCIABILI

I reati di cui all'art. 25 septíes del D.lgs. n. 23112001

I reato di omicidio colposo (art. 589 cod. pen.)

Il reato si configura nel caso in cui si cagioni la morte di una persona.

Ai fini della integrazione dei reato, non è richiesto l'elemento soggettivo del dolo, ovvero la coscienza e la volontà di cagionare l'evento lesivo, ma la mera negligenza, imprudenza o imperizia del soggetto agente, ovvero l'inosservanza, da parte di quest'ultimo di leggi, regolamenti, ordini o discipline (art. 43

cod. pen.). Il reato di lesioni colpose gravi o gravissime (art. 590 cod. pen.)
Il reato si configura nel caso in cui si cagionino ad una persona lesioni gravi o gravissime.
Le lesioni si considerano gravi nel caso in cui: a) dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; b) il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo (art. 583, comma 1, cod. pen.).
Inoltre, con riferimento alla sopra riportata attività sensibile, si ipotizza:
il reato di Corruzione per un atto d'ufficio o per atto contrario.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sulla separazione dei ruoli e sulla tracciabilità della attività effettuata ai sensi di legge.
La struttura organizzativa della Società In materia di salute e sicurezza sul lavoro
In materia di salute e sicurezza sul lavoro, la Società si è dotata di una struttura organizzativa conforme a quella prevista dalla normativa prevenzionistica vigente, nell'ottica di eliminare ovvero, laddove ciò non sia possibile, ridurre - e, quindi, gestire - i rischi lavorativi per i lavoratori.
Nell'ambito di tale struttura organizzativa, operano
1. Il Datore di Lavoro;
2.la Direzione;
3. i Preposti;
4. il Responsabile e gli Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione ciascuno con i compiti previsti dal DLgs.81I2008;
5. iI rappresentante dei lavoratori.

Tutta la documentazione di riferimento resta tracciabile e può essere verificata in ogni momento.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

I principi e le norme di comportamento di riferimento per la Società
La Società si impegna, come previsto dalla normativa vigente, a garantire il rispetto della normativa in tema di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché ad assicurare, in generale, un ambiente di lavoro sicuro, sano e idoneo allo svolgimento dell'attività lavorativa.
Le misure relative alla sicurezza e alla salute durante il lavoro non devono in nessun caso comportare oneri finanziari per i Lavoratori.
Nello svolgimento delle proprie attività e nei limiti dei rispettivi compiti, funzioni e responsabilità, tutti i componenti della Società devono rispettare:
i. la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs.n.81/2008;
ii. tutte le disposizioni impartite dal datore di lavoro in materia di salute e sicurezza sui luoghi
di lavoro; iii. tutte le procedure aziendali vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
Per completezza, relativamente ai soggetti di seguito specificati, vengono riportate le principali competenze e responsabilità:

DATORE DI LAVORO E/O DELEGATO

In base a quanto previsto dal D.lgs. 81/08, il Datore di Lavoro:

- effettua la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori (in collaborazione con il Responsabile dei Servizio di Prevenzione e Protezione e previa consultazione del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza) ed elabora il documento di valutazione dei rischi (DVR) (Obbligo del Datore non delegabile);
- designa il responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) dai rischi (Obbligo del Datore non delegabile);
- nomina il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria;
- designa preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;
- affida i compiti ai lavoratori, tenendo conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza;
- fornisce ai lavoratori i dispositivi di protezione individuale qualora necessari, sentito il RSPP e il medico competente;
- richiede l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e degli eventuali i dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione;
- adempie agli obblighi di informazione, formazione e addestramento;
- consente ai lavoratori di verificare, mediante il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, l'applicazione delle misure di sicurezza e di protezione della salute;
- comunica all'INAIL, in relazione alle rispettive competenze, a fini statistici e informativi, i dati relativi agli infortuni sul lavoro:
- consulta il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza in tutti i casi previsti dalla normativa vigente;
- adotta le misure necessarie ai fini della prevenzione incendi e dell'evacuazione dei luoghi di lavoro, nonché per il caso di pericolo grave e immediato;
- nell'ambito dello svolgimento di attività in regime di appalto e di subappalto, munisce i lavoratori di apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione dei datore di lavoro;
- comunica annualmente all'INAIL i nominativi dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- vigila affinché i lavoratori per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità.
- fornisce al servizio di prevenzione e protezione ed al medico competente informazioni in mento: - alla natura dei rischi;
- all'organizzazione del lavoro, alla programmazione e all'attuazione delle misure preventive e protettive; - alla descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
- ai dati relativi agli infortuni sul lavoro e quelli relativi alle malattie professionali; - ai provvedimenti

adottati dagli organi di vigilanza.

MEDICO COMPETENTE:

In base a quanto previsto dal D.lgs. 81108, il Medico Competente:

- 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;
- programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati esprimendo giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro;
- istituisce e aggiorna una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria.
- invia all'ISPESL, esclusivamente per via telematica, le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal decreto legislativo 8112008, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196;
- fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria e, rilascia copia della documentazione sanitaria;
- comunica per iscritto in occasione della riunione periodica al Datore di Lavoro, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e 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
- visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi.

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il servizio di prevenzione e protezione dai rischi professionali provvede:

- all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro;
- ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive attuate e richiamate nel DVR e i sistemi di controllo di tali misure;
- ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- a partecipare alle consultazione in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, insieme al medico competente e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, nonché alla riunione periodica;

- a fornire ai lavoratori le informazioni in materia di sicurezza.

RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

Fatto salvo quanto stabilito in sede di contrattazione collettiva, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza: -accedono ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;

- sono consultati preventivamente e tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella azienda o unità produttiva;
- sono consultati sulla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, alla attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente; -sono consultati in merito all'organizzazione della formazione dei Lavoratori;
- ricevono le informazioni e la documentazione aziendale inerente alla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative, nonché quelle inerenti alle sostanze ed ai preparati pericolosi, alle macchine, agli impianti, alla organizzazione e agli ambienti di lavoro, agli infortuni ed alle malattie professionali;
- ricevono le informazioni provenienti dai servizi di vigilanza;
- ricevono una formazione adeguata;
- promuovono l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori;
- formulano osservazioni in occasione di visite e verifiche effettuate dalle autorità competenti, dalle quali sono, di norma, sentiti;
- partecipano alla riunione periodica; formulano proposte in merito alla attività di prevenzione;
- avvertono il Datore di Lavoro dei rischi individuati nel corso della loro attività;
- possono fare ricorso alle autorità competenti qualora ritenga che le misure di prevenzione e protezione dai rischi adottate dal datore di lavoro o dai dirigenti e i mezzi impiegati per attuarle non siano idonei a garantire la sicurezza e la salute durante il lavoro;
- su richiesta, ricevono copia del documento di valutazione dei rischi (DVR) e del documento unico di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI);
- sono tenuti al rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e dei segreto industriale relativamente alle informazioni contenute nel DVR e nei DUVRI, nonché al segreto in ordine ai processi lavorativi di cui vengono a conoscenza nell'esercizio delle funzioni.

ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO E DEGLI ADDETTI ALLA PREVENZIONE INCENDI

Gli Addetti al Primo Soccorso e gli Addetti alla Prevenzione Incendi devono adempiere correttamente ai propri compiti e garantire, limitatamente ai propri compiti, il rispetto delle procedure relative al primo soccorso, alla lotta antincendio e all'evacuazione dei luoghi di lavoro.

LAVORATORI

I lavoratori hanno l'obbligo di prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle loro azioni o omissioni, conformemente alla loro formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

I lavoratori devono in particolare:

- contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale
- utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro attenendosi ai relativi manuali di istruzioni, nonché i mezzi di trasporto e i dispositivi di sicurezza secondo le disposizioni/procedure aziendali in materia;
- utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori
- partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente.

PROGETTISTI

I progettisti dei luoghi e dei posti di lavoro e degli impianti rispettano i principi generali di prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro al momento delle scelte progettuali e tecniche e scelgono attrezzature, componenti e dispositivi di protezione rispondenti alle disposizioni.

INSTALLATORI E MANUTENTORI DI IMPIANTI

Gli installatori e i manutentori di impianti, attrezzature di lavoro o altri mezzi tecnici, per la parte di loro competenza, devono attenersi alle norme di salute e sicurezza sul lavoro, nonché alle istruzioni fornite dai rispettivi fabbricanti.

APPALTATORI

Gli Appaltatori devono:

- garantire la propria identità tecnico professionale in relazione ai lavori da eseguire in appalto o mediante contratto d'opera o di somministrazione;
- recepire le informazioni fornite dal Datore di Lavoro circa i rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate dal Datore di Lavoro;
- cooperare con il Datore di Lavoro per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto di contratto d'appalto o d'opera o di somministrazione;
- coordinare con il Datore di Lavoro gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i Lavoratori.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

La “Risorse Umane, Amministrazione e Controllo, Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro e Affari generali” deve comunicare quanto di competenza con periodicità definita i seguenti flussi informativi:

Flusso1: Elenco degli eventuali incidenti avvenuti sul luogo di lavoro(con prognosi superiore ai 40 giorni)

Flusso 2:Elenco delle eventuali segnalazioni di violazione delle norme di sicurezza

Flusso 3: Elenco delle verifiche ispettive effettuate.

REATI INFORMATICI

Di cui all'art.24 bis e reati in violazione del diritto d'autore di cui all'art.25 novies del D.l.gs.231/01

DESCRIZIONE PROCESSO

La legge 18.3.2008 n. 48 ha ratificato la Convenzione di Budapest del Consiglio d'Europa del 23 novembre 2001, avente quale obiettivo la promozione della cooperazione internazionale tra gli Stati firmatari al fine di contrastare il proliferare di reati a danno della riservatezza, dell'integrità e della disponibilità di sistemi, reti e dati informatici.

La riforma della disciplina sulla criminalità informatica è stata realizzata sia introducendo nel codice penale nuove fattispecie di reato, sia riformulando alcune norme già esistenti.

L'art. 7 della legge ha inoltre aggiunto al D.lgs. n. 23112001 l'art. 24 bis, che elenca la serie dei reati informatici che possono dar luogo alla responsabilità amministrativa degli enti.

La citata legge ha modificato anche il codice di procedura penale, essenzialmente al fine di agevolare e regolamentare le indagini e le operazioni di perquisizione e di sequestro dei dati informatici, imponendo all'Autorità procedente di adottare misure tecniche dirette ad assicurare la conservazione dei dati originali ed ad impedirne l'alterazione. E' stata altresì disposta l'integrazione dell'art. 132 del Codice della privacy (D.lgs. n. 19612003) che consente ora alle competenti Autorità di ordinare ai fornitori e agli operatori di servizi informatici o telematici di conservare per un periodo complessivamente non superiore a sei mesi i dati relativi al traffico telematico.

In seguito è stato aggiunto l'art.25 novies che contempla il reato di violazione del diritto d'autore e che, relativamente alla " non corretta diffusione di opere di ingegno non protette" e alla "non corretta diffusione e/o riproduzione di banche dati", viene configurato nel presente processo.

In Umbria Salute scarl le più significanti attività a rischio dei suddetti reati sono:

- accesso ad internet:
- detenzione di ed utilizzo delle password;
- gestione profilo utente e processo di identificazione;
- gestione e protezione delle postazioni di lavoro ;
- gestione della protezione fisica;
- installazione di programmi e dispositivi;
- gestione applicativi in uso in azienda e relativi aggiornamenti.
- gestione dei servizi informatici alle PA con utilizzo delle banche dati di quest'ultime.

La Società si è dotata di adeguate soluzioni di sicurezza, per prevenire e controllare i rischi in tema di tecnologia dell'informazione, a tutela dei proprio patrimonio informativo e dei dati personali dei propri clienti, fornitori, ecc...

REATI ASSOCIABILI

1. La tipologia dei reati informatici

Più in particolare i reati elencati dall'art. 24 bis del D.lgs. 231/2001 sono:

Accesso *abusivo ad un* sistema *telematico o informatico (art. 615-ter c.p.)*

Il reato è commesso da chi abusivamente si introduce in un sistema informatico o telematico protetto da misure di sicurezza ovvero vi si mantiene contro la volontà di chi ha diritto di escluderlo. Non è richiesto che il reato sia commesso a fini di lucro o di danneggiamento del sistema; può pertanto realizzarsi anche qualora lo scopo sia quello di dimostrare la propria abilità e la vulnerabilità dei sistemi altrui, anche se più frequentemente l'accesso abusivo avviene al fine di danneggiamento o è propedeutico alla commissione di frodi o di altri reati informatici.

Il reato è perseguibile a querela della persona offesa, salvo che sussistano le circostanze aggravanti previste dalla norma, tra le quali: verificarsi della distruzione o dei danneggiamento dei dati, dei programmi o del sistema, o dell'interruzione totale o parziale del suo funzionamento; o quando si tratti di sistemi di interesse pubblico o di fatti compiuti con abuso della qualità di operatore del sistema. Nel contesto aziendale il reato può essere commesso anche da un dipendente che, pur possedendo le credenziali di accesso al sistema, acceda a parti di esso a lui precluse, oppure acceda, senza esserne legittimato, a banche dati della Società (o anche di terzi alla Società per la gestione dei servizi), mediante l'utilizzo delle credenziali di altri colleghi abilitati.

Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni Informatiche o telematiche (art. 617-quater c.p.), ed installazione d'apparecchiature per intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quinquies c.p.)

La condotta punita dall'art. 617-quater c.p. consiste nell'intercettare fraudolentemente comunicazioni relative ad un sistema informatico o telematico o intercorrenti tra più sistemi, o nell'impedimento o interruzione delle stesse. Integra la medesima fattispecie, salvo che il fatto non costituisca un più grave reato, anche la diffusione mediante qualsiasi mezzo di informazione al pubblico del contenuto delle predette comunicazioni. L'intercettazione può avvenire sia mediante dispositivi tecnici, sia con l'utilizzo di software . L'impedimento od interruzione delle comunicazioni (c.d. *"Deniai of service") può* anche consistere in un rallentamento delle comunicazioni e *può* realizzarsi non solo mediante impiego di virus informatici, ma anche ad esempio sovraccaricando il sistema con l'immissione di numerosissime comunicazioni fasulle. Il reato è perseguibile a querela della persona offesa, salvo che sussistano le circostanze aggravanti previste dalla norma, tra le quali rientrano le condotte commesse in danno di un sistema utilizzato dallo Stato o da altro ente pubblico o da imprese esercenti servizi pubblici o di pubblica necessità o con abuso della qualità di operatore di sistema. Nell'ambito aziendale l'impedimento o l'interruzione potrebbero essere ad esempio causati dall'installazione non autorizzata di un software da parte di un dipendente. L'art. 617-quinquies punisce il solo fatto della istallazione, fuori dai casi consentiti dalla legge, di apparecchiature atte a intercettare, impedire o interrompere le comunicazioni, indipendentemente dal verificarsi di tali eventi. Il delitto è perseguibile d'ufficio.

Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635-bis c. p.), e

danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dalloProgetto
Stato o da altro Ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635-ter c. p.)

L'art. 635-bis c.p. punisce, salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque distrugge, deteriora, cancella, altera, sopprime, informazioni, dati o programmi informatici altrui.

Secondo un'interpretazione rigorosa, nel concetto di "programmi altrui" potrebbero ricomprendersi anche i programmi utilizzati dal soggetto agente in quanto a lui concessi in licenza dai legittimi titolari.

L'art. 635-ter c.p., salvo che il fatto costituisca più grave reato, punisce le condotte anche solo dirette a produrre gli eventi lesivi descritti dall'articolo che precede, a prescindere dal prodursi in concreto del risultato del danneggiamento, che se si verifica costituisce circostanza aggravante della pena. Deve però trattarsi di condotte

dirette a colpire informazioni, dati o programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o ad essi pertinenti, o comunque di pubblica utilità. Rientrano pertanto in tale fattispecie anche le condotte riguardanti dati, informazioni e programmi utilizzati da enti privati, purché siano destinati a soddisfare un interesse di pubblica necessità.

Entrambe le fattispecie sono aggravate se i fatti sono commessi con violenza alle persone o minaccia, o con abuso della qualità di operatore di sistema. Il primo reato è perseguibile a querela della persona offesa o d'ufficio, se ricorre una delle circostanze aggravanti previste; il secondo reato è sempre perseguibile d'ufficio. Qualora le condotte descritte conseguano ad un accesso abusivo al sistema esse saranno punite ai sensi del sopra illustrato art. 615-ter c.p..

Danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art 635-quater c.p.), e danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635-quinquies c.p.)

L' art. 635-quater c.p. punisce, salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, mediante le condotte di cui all'art. 635-bis, ovvero attraverso l'introduzione o la trasmissione di dati, informazioni o programmi, distrugge, danneggia, rende, in tutto o in parte, inservibili sistemi informatici o telematici altrui o ne ostacola gravemente il funzionamento. Per dirsi consumato il reato in oggetto, il sistema su cui si è perpetrata la condotta criminosa deve risultare danneggiato o reso, anche in parte, inservibile o ne deve venire ostacolato il funzionamento.

L'art. 635-quinquies c.p. punisce le medesime condotte descritte nell'articolo che precede anche se gli eventi lesivi non si realizzino in concreto; il loro verificarsi costituisce circostanza

aggravante della pena (va però osservato che il concreto ostacolo al funzionamento del sistema non rientra espressamente fra gli "eventi" aggravanti).

Deve però trattarsi di condotte che mettono in pericolo sistemi informatici o telematici di pubblica utilità. In questa previsione, a differenza di quanto previsto all'art. 635-ter, non vi è più alcun riferimento all'utilizzo da parte di enti pubblici: per la configurazione del reato in oggetto, parrebbe quindi che i sistemi aggrediti debbano essere semplicemente "di pubblica utilità"; non sarebbe cioè, da un lato, sufficiente l'utilizzo da parte di enti pubblici e sarebbe, per altro verso, ipotizzabile che la norma possa applicarsi anche al caso di sistemi utilizzati da privati per finalità di pubblica utilità. Entrambe le fattispecie sono perseguibili d'ufficio e prevedono aggravanti di pena se i fatti sono commessi con violenza alle persone o minaccia, o con abuso della qualità di operatore di sistema. E' da ritenere che le fattispecie di

danneggiamento di sistemi assorbano le condotte di danneggiamento di dati e programmi qualora queste rendano inutilizzabili i sistemi o ne ostacolino gravemente il regolare funzionamento. Qualora le condotte descritte conseguano ad un accesso abusivo al sistema, esse saranno punite ai sensi del sopra illustrato art. 615-ter c.p..

Detenzione o diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615 quater c. p.), e diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art. 615-quinquies c.p.)

L'art. 615-quater punisce chiunque al fine di procurare a sé od ad altri un profitto o di arrecare ad altri un danno, abusivamente si procura, riproduce, diffonde comunica o consegna codici, parole chiave o altri mezzi idonei all'accesso di un sistema protetto da misure di sicurezza o comunque fornisce indicazioni idonee al predetto scopo.

L'art. 615-quinquies punisce chiunque si procura, produce, riproduce importa, diffonde, comunica consegna o mette a disposizione di altri apparecchiature, dispositivi o programmi allo scopo di danneggiare illecitamente un sistema o i dati e i programmi ad esso pertinenti ovvero di favorire l'interruzione o l'alterazione del suo funzionamento.

Tali fattispecie, perseguibili d'ufficio, intendono reprimere anche la sola abusiva detenzione o diffusione di credenziali d'accesso o di programmi (virus, *spyware) o* dispositivi potenzialmente dannosi indipendentemente dalla messa in atto degli altri crimini informatici sopra illustrati, rispetto ai quali le condotte in parola possono risultare propedeutiche.

La prima fattispecie richiede che il reo agisca a scopo di lucro o di altrui danno. Peraltro, nella valutazione di tali condotte potrebbe assumere preminente rilevanza la considerazione del carattere obiettivamente abusivo di trasmissioni di dati, programmi, e-mail, da parte di chi, pur non essendo mosso da specifica finalità di lucro o di determinazione di danno, sia a conoscenza della presenza in essi di virus che potrebbero determinare gli eventi dannosi descritti dalla norma.

Falsità nei documenti informatici (art 491-bis c.p.)

L'art. 491-bis c.p. dispone che ai documenti informatici pubblici o privati aventi efficacia probatoria si applichi la medesima disciplina penale prevista per le falsità commesse con riguardo ai tradizionali documenti cartacei, previste e punite dagli articoli da 476 a 493 del codice penale. Si citano in particolare i reati di falsità materiale o ideologica commessa da pubblico ufficiale o da privato, falsità in registri e notificazioni, falsità in scrittura privata, falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti servizi di pubblica necessità, uso di atto falso.

Il concetto di documento informatico è nell'attuale legislazione svincolato dal relativo supporto materiale che lo contiene, in quanto l'elemento penalmente determinante ai fini dell'individuazione del documento informatico consiste nella possibilità di attribuire allo stesso di un'efficacia probatoria secondo le norme civilistiche. Nei reati di falsità in atti è fondamentale la distinzione tra le falsità materiali e le falsità ideologiche: ricorre la falsità materiale quando vi sia divergenza tra l'autore apparente e l'autore reale del documento o quando questo sia stato alterato (anche da parte dell'autore originario) successivamente alla sua formazione; ricorre la falsità ideologica quando il documento contenga dichiarazioni non veritiere o non fedelmente riportate. Con riferimento ai documenti informatici aventi

efficacia probatoria, il falso materiale potrebbe compiersi mediante l'utilizzo di firma elettronica altrui, mentre appare improbabile l'alterazione successiva alla formazione. Non sembrano poter trovare applicazione, con riferimento ai documenti informatici, le norme che puniscono le falsità in fogli firmati in bianco (artt. 486, 487, 488 c.p.). Il reato di uso di atto falso (art. 489 c.p.) punisce chi pur non essendo concorso nella commissione della falsità fa uso dell'atto falso essendo consapevole della sua falsità.

Tra i reati richiamati dall'art. 491-bis, sono punibili a querela della persona offesa la falsità in scrittura privata (art. 485 c.p.) e, se riguardano una scrittura privata, l'uso di atto falso (art. 489 c.p.) e la soppressione, distruzione e occultamento di atti veri (art. 490 c.p.).

Frode informatica del soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica (art.640-quinquies c.p.)

Tale reato è commesso dal soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica, il quale, al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto ovvero di arrecare ad altri danno, viola gli obblighi previsti dalla legge per il rilascio di un certificato qualificato2. Il soggetto attivo del reato può essere evidentemente soltanto un soggetto "certificatore qualificato", che esercita particolari funzioni di certificazione per la firma elettronica qualificata.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa sugli elementi qualificanti della individuazione dei soggetti abilitati all'accesso ai dati e sulla tracciabilità degli atti.

E' applicato il principio della separazione delle attività, tra chi esegue, chi autorizza e chi controlla.

Per tutte le attività gestite in ambito informatico, sono stati creati profili di accesso ai diversi sistemi informativi, in relazione alla mansione dell'utente ed ai compiti assegnati allo stesso.

In particolare si è provveduto:

- alla definizione delle categorie di accesso
- alla identificazione dei soggetti aziendali abilitati all'accesso
- alla definizione di livelli di autorizzazione
- alla definizione di sistemi di registrazione presso soggetti aziendali preposti
- alla predisposizione di documentazione relativa all'accesso ad internet e posta elettronica e relative istruzioni per l'utilizzo da parte dei dipendenti della società
- a redigere il Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati, previsto dalla normativa privacy.

Infatti, come richiesto dal D.Lgs.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) Umbria Salute scarl ha redatto il proprio Documento Programmatico sulla Sicurezza dei dati (DPS) nel quale sono riportate le procedure operative del Sistema Qualità aziendale certificato, che hanno rilevanza ai fini della gestione del trattamento dei dati personali e della sicurezza.

Il testo delle procedure è stato reso disponibile a tutti i dipendenti, nel sistema documentale on-line appositamente dedicato al Sistema Qualità. Il documento è di norma sottoposto a revisioni ed aggiornamenti annuali. In coerenza con il suddetto provvedimento sono state individuate e designate singolarmente le persone (dipendenti e/o collaboratori) che svolgono funzioni di Amministratore di Sistema; l'elenco degli Amministratori di Sistema è contenuto in un documento interno, mantenuto aggiornato e tenuto a

disposizione dal Responsabile per il Trattamento dei Dati. Per quanto attiene gli interventi di tipo tecnico, è stato attivato un sistema di archiviazione in forma crittografata dei log di accesso ai sistemi al fine di dare attuazione, ad un primo livello base, alle disposizioni dei provvedimento in questione.

Tutta la documentazione si basa sul principio della tracciabilità e, in ogni momento, può essere verificata ogni operazione relativa ad attività sensibile.

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Tutti i dipendenti /collaboratori sono edotti sia in materia di trattamento e sicurezza dei dati, sia in materia di utilizzo di Internet e posta elettronica. Del tutto possono prendere visione attraverso l'accesso alla intranet aziendale dove vengono mantenuti tutti i regolamenti, i disciplinari, ecc….

FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione "**Servizi all'utenza"** devono segnalare eventuali violazioni sia interne che provenienti dall'esterno.

GESTIONE DEL SERVIZIO DI CASSA SPORTELLI CUP

DESCRIZIONE PROCESSO

Il processo si riferisce alle attività contabili e di cassa relativamente alle operazioni effettuate presso gli sportelli del Centro Unico di Prenotazione (CUP) delle ASL, ed in particolare riguardo le procedure di riscossione e di custodia delle somme di denaro incassate dagli operatori Umbria Salute scarl per conto delle Aziende sanitarie socie ,nel rispetto di quanto riportato nel "Regolamento del Servizio di Cassa Sportelli Cup",adottato congiuntamente dalla Umbria Salute scarl e da tutte le Aziende Sanitarie Regionali.

Il suddetto Regolamento, disciplinando uniforme il sistema di gestione della Cassa CUP, intende costituire un riferimento univoco per tutti gli operatori Umbria Salute scarl che gestiscono la cassa CUP delle diverse ASL, ivi compresi coloro che svolgono il servizio su più postazioni di lavoro o in sostituzione di colleghi assenti, appartenenti ad aziende sanitarie diverse.

Di seguito per completezza si trascrive il Regolamento.

INDICE "REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI CASSA SPORTELLI CUP

1. GENERALITÀ 79
2. INTRODUZIONE 79
3. REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI RISCOSSIONE 79
3.1. DISCIPLINA DEL SERVIZIO DI CASSA 79
3.2. RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI CASSA 79
3.3. GESTIONE CONTABILE DEGLI INCASSI 79
3.4. FONDO CASSA 79
3.5. MODALITÀ DI RISCOSSIONE 79
3.6. RILASCIO DELLE RICEVUTE E DELLE FATTURE 79
Ricevute 84
Fatture 84
Riscossione tramite bollettari madre/figlia 84
3.7. GESTIONE DEI RIMBORSI 79
3.8. GESTIONE DEGLI STORNI 79
3.9. CHIUSURA DI CASSA DEL SINGOLO OPERATORE 79
3.10. VERIFICA E CONTROLLO GIORNALIERO DELLA CASSA 79
3.11. GESTIONE DELLE DIFFERENZE DI CASSA 79
3.12. CUSTODIA DELLE SOMME RISCOSSE E MODALITÀ DI VERSAMENTO 79
3.13. TENUTA DELLE CHIAVI DEI LOCALI CUP E DELLE CASSEFORTI 79
3.14. SOTTRAZIONE O FURTO 79
3.15. RENDICONTO 79
3.16. ELENCO DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ E MODALITÀ DI CONSERVAZIONE 79
4. DISPOSIZIONI PARTICOLARI 79

1. GENERALITA'

Oggetto:	Il presente regolamento disciplina le attività contabili e di cassa per prestazioni effettuate presso gli sportelli CUP
Campo di	Si applica a tutte le attività che comportino la riscossione di

applicazione:	somme di denaro, di rimborso e di gestione contabile da parte del personale di presidio agli sportelli CUP.
Riferimenti a documenti aziendali:	**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**
Riferimenti esterni:	- Regolamenti per la riscossione delle Aziende Sanitarie socie - Disciplinare di affidamento dei servizi CUP/Cassa e Data Entry sottoscritto con le ASL
Moduli utilizzati	AA-10-QM-43 ‘Prospetto riepilogativo degli incassi’ AA-10-QM-45 ‘Comunicazione differenza di cassa’
Glossario, abbreviazioni e acronimi:	

1. INTRODUZIONE

Il presente Regolamento disciplina in maniera uniforme ed omogenea sull'intero territorio umbro le procedure di riscossione e di custodia delle somme di denaro incassate per conto delle Aziende sanitarie dagli operatori della Umbria Salute S.c.a r.l.. Esso pertanto si applica presso tutti gli sportelli CUP/Cassa delle ASL n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni presso le quali opera il personale della Umbria Salute.

L'art. 13 del Disciplinare di affidamento dei servizi CUP/Cassa e Data Entry sottoscritto nel 2009 con tutte le suddette ASL, prevede infatti che "Nella gestione della Cassa connessa all'espletamento del servizio di sportello, il personale della Umbria Salute scarl è tenuto a rispettare quanto previsto nei Regolamenti di Cassa aziendali…".

Nel novembre 2010 la Conferenza istituzionale degli Enti Soci della Umbria Salute scarl – costituita dai Direttori Generali e/o Amministrativi di tutte le ASL - ha ravvisato l'esigenza di adottare una disciplina uniforme nel sistema di gestione della Cassa CUP procedendo all'elaborazione del presente Regolamento di Cassa interno della Umbria Salute, da distribuire e far rispettare a tutti gli operatori di sportello CUP.

Il presente Regolamento intende costituire pertanto un riferimento univoco per tutti gli operatori di sportello che gestiscono la cassa CUP delle diverse ASL, ivi compresi coloro che svolgono il servizio su più postazioni di lavoro o in sostituzione di colleghi assenti, appartenenti ad aziende sanitarie diverse.

Inoltre il presente Regolamento intende rispondere ad un'esigenza di uniformità e chiarezza di ruoli anche al fine di individuare le rispettive responsabilità. Il tutto anche in considerazione dell'organizzazione del CUP unico regionale attualmente in corso e sempre nell'ottica di incrementare costantemente la qualità del servizio reso nei confronti delle Aziende Sanitarie.

Il presente Regolamento, condiviso da tutte la Aziende sanitarie, integra, esclusivamente in relazione all'affidamento alla Umbria Salute scarl del servizio cassa, i regolamenti di cassa delle Aziende stesse.

Nel presente Regolamento potranno essere recepite le direttive aziendali delle singole ASL inerenti alle operazioni di gestione degli incassi, purché preventivamente concordate con la Umbria Salute scarl e non contrastanti con il Disciplinare di affidamento dei Servizi CUP/Cassa e che saranno inserite nel successivo cap. 4 'Disposizioni particolari'.

La presente versione costituisce una riscrittura della precedente in quanto recepisce le indicazioni emerse in sede di "Conferenza istituzionale degli Enti Soci della Umbria Salute" del 29/09/2011 al fine di disciplinare in maniera uniforme il sistema di gestione della Cassa CUP (Rif. segnalazione situazione S11-1024-01).

2. REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI RISCOSSIONE

2.1. DISCIPLINA DEL SERVIZIO DI CASSA

Tutti gli operatori impiegati presso gli sportelli CUP/Cassa, addetti alle operazioni di gestione degli incassi sono tenuti all'osservanza del presente Regolamento.

La Umbria Salute scarl è responsabile in via diretta nei confronti delle Aziende Sanitarie della corretta gestione delle operazioni di gestione degli incassi svolte dai propri operatori; la Umbria Salute scarl si riserva la facoltà di eseguire le necessarie verifiche al fine di accertare le responsabilità individuali degli operatori in caso di danni derivanti dalla inosservanza del presente Regolamento, nonché per gli errori, pagamenti indebiti, negoziazione di banconote e/o monete risultate false, irregolarità e abusi che dovessero verificarsi per dolo, negligenza, imperizia ed imprudenza nell'esecuzione del servizio, con adozione dei conseguenti provvedimenti di carattere disciplinare nonché ogni altra azione di legge a tutela della Società.

Le Aziende sanitarie possono, secondo le modalità stabilite nei propri regolamenti di cassa, effettuare, tramite propri dipendenti verifiche di cassa periodiche per controllare la corretta applicazione delle direttive e della normativa, la corretta gestione del contante, la corretta tenuta dei documenti contabili e fiscali.

2.2. RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI CASSA

Le attività concernenti il servizio di cassa avvengono sotto la supervisione del Coordinatore Territoriale il quale costituisce il principale referente per gli operatori nelle attività di gestione degli incassi, costituendo altresì l'elemento di raccordo tra l'Azienda, gli operatori e le strutture di riferimento delle Aziende sanitarie.

Il Coordinatore Regionale sovrintende le attività svolte dai Coordinatori Territoriali e partecipa con la Direzione Aziendale alla programmazione delle direttive da impartire agli operatori ed ai Coordinatori nelle attività relative al servizio CUP/Cassa.

2.3. GESTIONE CONTABILE DEGLI INCASSI

La gestione contabile degli incassi avviene mediante l'utilizzo del programma software ISES contestualmente all'operazione di sportello che l'ha generata.

Le operazioni soggette a registrazione immediata tramite il suddetto software sono le seguenti:

- incassi;
- rimborsi;
- storni.

Le specifiche modalità di gestione di ciascuna di queste operazioni sono meglio descritte nei successivi capitoli del presente regolamento.

La procedura software ISES di cui ci si avvale per la gestione contabile permette di individuare con certezza l'identità dell'operatore che esegue dette operazioni in quanto l'accesso a tale procedura è consentito esclusivamente ai dipendenti muniti di credenziali di accesso, strettamente riservate e personali, fornite all'atto dell'assunzione dalla Umbria Salute.

La Umbria Salute scarl a fronte di una richiesta specifica e motivata da parte di un'Azienda Sanitaria potrà fornire l'identità dell'operatore che ha eseguito una determinata operazione di cassa.
L'operatore deve eseguire le operazioni di accesso alla procedura ISES all'inizio del proprio turno di lavoro ed effettuare l'apertura di cassa secondo gli orari di apertura degli sportelli all'utenza, previamente comunicati dal proprio Coordinatore.
Al termine del proprio turno di lavoro e comunque alla chiusura dello sportello l'operatore deve eseguire la chiusura di cassa ed uscire dalla procedura.

2.4. FONDO CASSA

Salvo diversi accordi, le Aziende Sanitarie mettono a disposizione di ogni sportello CUP un fondo iniziale di cassa, di importo non inferiore ad € 50,00, per facilitare le operazioni di incasso. Tale fondo di cassa non deve essere ricompreso nella contabilità della cassa delle Aziende sanitarie.
Tale fondo è riservato esclusivamente alle operazioni previste dal presente Regolamento ed è finalizzato a facilitare la gestione dei resti nei casi in cui non si avessero fondi di cassa sufficienti. E' escluso qualsiasi utilizzo del fondo cassa per reintegri dovuti ad ammanchi di cassa, per cui dovrà invece essere seguita la procedura prevista al successivo punto 3.11.
Il fondo cassa viene custodito, sotto la propria responsabilità, da ciascun operatore nelle cassette individuali in uso presso gli sportelli.
Il Coordinatore Territoriale sarà tenuto a controllare periodicamente la consistenza del fondo cassa in dotazione ai singoli operatori.

2.5. MODALITÀ DI RISCOSSIONE

La riscossione delle somme presso gli sportelli cassa CUP potrà avvenire:

- per contanti;
- tramite circuiti POS e carte di credito;
- a mezzo assegno circolare di importo non superiore a quello della prestazione prenotata (in tale ultimo caso l'operatore dovrà accertare l'identità dell'utente apponendo in calce all'assegno gli estremi del documento di riconoscimento).

Non è ammessa l'accettazione di assegni bancari, fatta eccezione per il versamento dei proventi dell'attività intra-moenia allargata con assegni intestati all'Azienda Sanitaria di riferimento e importi corrispondenti all'ammontare da versare..
La riscossione dei corrispettivi derivanti dalla libera professione intra-moenia compresi quelli derivanti dalla cosiddetta intra-moenia allargata, comprende la ricezione delle fatture emesse dai sanitari che esercitano l'intra-moenia allargata e la trasmissione delle stesse, entro due giorni lavorativi, all'Ufficio CUP della ASL o comunque alla Azienda sanitaria di riferimento.
Non sono ammesse forme di pagamento diverse da quelle sopra indicate salvo espresse specifiche deroghe che dovranno comunque essere riportate al successivo capitolo 4 "Disposizioni particolari".

2.6. RILASCIO DELLE RICEVUTE E DELLE FATTURE

L'operatore è tenuto ad emettere ricevuta o fattura per ciascuna operazione effettuata, mediante l'utilizzo della procedura software ISES.

Ricevute

Le ricevute dovranno essere emesse in duplice esemplare di cui:

- La prima consegnata all'utente;
- La seconda trattenuta dalla cassa CUP;

Dopo avere ricevuto la somma oggetto del pagamento l'operatore rilascia all'utente l'originale di competenza apponendovi la propria firma a titolo di quietanza del pagamento ricevuto.

La seconda copia della ricevuta, firmata in originale, è conservata presso il punto CUP e consegnata giornalmente unitamente a tutte le altre ricevute al Responsabile CUP della ASL di riferimento. Nei distretti ove quest'ultimo non sia presente, la documentazione va comunque consegnata alla ASL di riferimento almeno settimanalmente.

Fatture

Le fatture dovranno essere emesse in triplice esemplare di cui:

- La prima consegnata all'assistito e di competenza del medico/servizio dell'Azienda sanitaria
- La seconda consegnata all'assistito e di competenza dello stesso;
- La terza di competenza dell'Azienda sanitaria.

Le fatture sono soggette alla firma per quietanza al pari delle ricevute.

Gli esemplari delle fatture di competenza dell'Azienda sanitaria vengono trattenute e custodite in un apposito contenitore presso il punto CUP fino alla consegna giornaliera al Responsabile CUP della ASL di riferimento. Nei distretti ove quest'ultimo non sia presente, la documentazione va comunque consegnata all'incaricato della ASL di riferimento almeno settimanalmente.

Riscossione tramite bollettari madre/figlia

Nel caso di non funzionamento dell'hardware o del software, conformemente a quanto stabilito nei regolamenti di cassa delle singole Aziende sanitarie, le riscossioni devono essere effettuate con bollettari madre/figlia prenumerati, vidimati e consegnati dalle Aziende sanitarie. In tal caso le operazioni eseguite manualmente tramite i bollettari devono essere ricaricate, tempestivamente, nella procedura informatica.

2.7. GESTIONE DEI RIMBORSI

Gli operatori CUP non sono autorizzati ad eseguire operazioni di pagamento ad eccezione delle operazioni di rimborso.

La procedura prevede che il rimborso possa essere effettuato nei seguenti casi:

a. per prestazioni prenotate e non effettuate, in quanto disdette dall'assistito o dalla Azienda sanitaria stessa;
b. per prestazioni erroneamente tariffate in eccesso;
c. per duplicazioni di pagamento;
d. altro (secondo le casistiche concordate con ciascuna Azienda sanitarie).

L'operatore addetto alla cassa in ogni caso sopra evidenziato al fine di espletare il rimborso dovrà farsi consegnare dall'utente :

1) l'originale della ricevuta/fattura di pagamento;
2) un documento di identità del richiedente il rimborso;
3) eventuale atto di delega unitamente a copia del documento del delegante;
4) richiesta di rimborso.

La suddetta procedura è eseguita senza procedere alla ricerca nell'archivio cartaceo della ASL dell'originale della ricevuta precedentemente emessa. Copia dei documenti relativi al rimborso deve essere consegnata giornalmente al Responsabile CUP della ASL di riferimento. Nei distretti ove quest'ultimo non sia presente, la documentazione va comunque consegnata all'incaricato della ASL di riferimento almeno settimanalmente.

2.8. GESTIONE DEGLI STORNI

Le operazioni di storno vengono effettuate per annullare tempestivamente, e comunque entro la sessione di cassa attiva, le registrazioni contabili in entrata.
La procedura ISES, in caso di storno, non emette una ricevuta, ma registra l'importo stornato tra le "uscite", annullando così la precedente operazione di incasso.
Giornalmente ciascun punto di riscossione dovrà stampare dalla procedura software la lista degli storni, allegando alla stessa la documentazione relativa agli storni effettuati, vale a dire le n. 2 ricevute emesse (copia ASL e copia assistito), firmate in originale come sopra indicato, oggetto dello storno.
Tutta la documentazione relativa agli storni effettuati dovrà essere conservata c/o il punto di riscossione, separata dalle ricevute/fatture di riscossione e consegnata giornalmente al Responsabile CUP della ASL di riferimento. Nei distretti ove quest'ultimo non sia presente, la documentazione va comunque consegnata all'incaricato della ASL di riferimento almeno settimanalmente.

2.9. CHIUSURA DI CASSA DEL SINGOLO OPERATORE

Alla fine di ciascun turno di lavoro ogni singolo operatore di sportello effettua la chiusura di cassa che comprende:

- stampa del report della procedura ISES denominato 'Importi totali dei movimenti effettuati dall'operatore' che deve evidenziare gli incassi per contante, eventualmente suddivisi per azienda

erogante, gli importi incassati tramite POS/carta di credito, gli importi per rimborsi eventualmente effettuati. La stampa di detto report va effettuata anche nel caso di assenza di incassi o incassi pari ad Euro zero.

- conteggio dei contanti/assegni in cassa con verifica del saldo riportato nella stampa giornaliera riepilogativa di cui al punto precedente. Nel caso si verificassero delle differenze si dovrà procedere, a seconda della loro natura, seguendo le indicazioni descritte al successivo punto 3.11.

Le stampe giornaliere di ciascun operatore vengono depositate in cassaforte insieme ai valori riscossi e restano a disposizione del Coordinatore Territoriale per le successive operazioni di verifica e controllo di cassa.

2.10. VERIFICA E CONTROLLO GIORNALIERO DELLA CASSA

Il Coordinatore Territoriale, o in sua vece l'incaricato alla riscossione di distretto, il giorno successivo a ciascuna chiusura contabile, preleva le somme eventualmente depositate in cassaforte e provvede al controllo con i documenti contabili consegnati dagli operatori di sportello.

Al termine di questa operazione viene compilato, sempre dal Coordinatore Territoriale o in sua vece dall'incaricato alla riscossione di distretto, il modulo AA-10-QM-43 'Prospetto riepilogativo degli incassi'.

2.11. GESTIONE DELLE DIFFERENZE DI CASSA

La Umbria Salute scarl al fine di escludere ogni conseguenza economica in capo all'operatore ha istituito un apposito fondo annuale per fare fronte agli ammanchi di cassa determinatisi nelle attività di riscossione, impegnandosi a rifondere direttamente all'Azienda sanitaria i conseguenti ammanchi di cassa, riservando comunque di intraprendere ogni iniziativa di natura disciplinare, civile ovvero penale nei confronti dei dipendenti che abbiano riportato ammanchi di denaro in conseguenza di violazioni di direttive aziendali o di norme di legge.

Qualora si evidenziassero discordanze di cassa derivate da:

- errori e pagamenti indebiti;
- errori nella restituzione dei resti;
- negoziazione di monete o banconote risultate false;

queste dovranno essere evidenziate sul report 'Importi totali dei movimenti effettuati dall'operatore' con una idonea motivazione.

In ogni caso alle Aziende sanitarie deve essere versato tutto l'importo di competenza entro il mese di riferimento.

L'operatore dovrà successivamente provvedere alla compilazione del modulo AA-10-QM-45 'Comunicazione differenza di cassa', controfirmato per verifica dal Coordinatore territoriale di riferimento dell'operatore stesso (previa verifica che non si tratti di meri errori di calcolo o di contabilizzazione), e ad inviare tale modulo all'Ufficio Amministrazione di Umbria Salute scarl che, previa verifica, provvederà a rimborsare le somme mancanti.

Qualora la differenza sia dovuta ad un avanzo di cassa, unitamente al modulo AA-10-QM-45 'Comunicazione differenza di cassa', dovranno essere trasmessi, sempre all'Ufficio Amministrazione

della Umbria Salute, anche gli importi avanzati; questi verranno accantonati in un apposito fondo destinato a coprire i futuri ammanchi di Cassa.
In considerazione di quanto precede la Umbria Salute scarl monitora costantemente gli ammanchi di cassa con particolare attenzione all'incidenza ed alla frequenza con cui tali episodi si verificano relativamente ai singoli operatori.

2.12. CUSTODIA DELLE SOMME RISCOSSE E MODALITÀ DI VERSAMENTO

Al fine della custodia delle somme riscosse, la Umbria Salute scarl conferisce in dotazione ad ogni sportello CUP una cassettina metallica portavalori dotata di serratura e di scomparti interni per la classificazione del denaro, oltre ad una cassetta aggiuntiva per gli operatori in sostituzione.
Il Coordinatore Territoriale o, ove questi sia assente, gli operatori CUP, alla fine di ciascun turno, depositano nella cassaforte messa a disposizione dalla ASL ed installata nel settore di pertinenza, il report 'Importi totali dei movimenti effettuati dall'operatore', le somme riscosse e tutti i documenti probatori delle operazioni effettuate, unitamente ai valori di qualsiasi natura contenuti nella cassetta portavalori di cui al punto precedente.
Le chiavi della cassaforte sono tenute dal Coordinatore territoriale e dagli operatori autorizzati alla riscossione, come precisato al successivo punto 3.13.
Nel caso in cui presso i locali in cui viene svolto il servizio di cassa (es. distretti) non sia presente una cassaforte, le somme riscosse dovranno essere versate immediatamente dopo la fine di ciascun turno.
Le somme giacenti in cassaforte vengono consegnate al Tesoriere incaricato dalla ASL al ritiro che avviene, di norma, entro il giorno successivo a ciascuna chiusura contabile salvo diversa disposizione da parte dell'Azienda sanitaria di riferimento.
La consegna delle somme presso gli Istituti di credito da parte degli operatori Umbria Salute scarl potrà avvenire solo in presenza di accordi scritti tra la Umbria Salute scarl e la ASL di riferimento e solo nei casi di stretta vicinanza del punto CUP dall'Istituto di credito.
Per ogni versamento, in qualsiasi forma effettuato e per ogni Azienda deve essere compilata apposita distinta sottoscritta dall'incaricato Umbria Salute.
Nel caso in cui non fosse possibile effettuare la consegna delle somme nei tempi previsti, l'addetto Umbria Salute scarl è tenuto a comunicarne le cause all'Azienda sanitaria di riferimento ed il relativo ammontare di giacenza, interessando nello specifico l'Ufficio CUP della ASL competente.

2.13. TENUTA DELLE CHIAVI DEI LOCALI CUP E DELLE CASSEFORTI

Una copia della chiave (o codice) della cassaforte è custodita dall'operatore addetto, la seconda copia, da utilizzarsi solo in caso di assenza o impedimento dell'operatore addetto alla cassa, è custodita dal Coordinatore territoriale, ove presente, ovvero dal Responsabile del Distretto, Dipartimento o Servizio, o da un dipendente della Azienda sanitaria dalla medesima incaricato.
Dell'avvenuta assegnazione delle chiavi viene redatto un apposito registro di consegna costantemente aggiornato a cura del Coordinatore Territoriale.

Gli operatori Umbria Salute, detentori delle chiavi della cassaforte, devono custodirle accuratamente e in caso di sottrazione fraudolenta o smarrimento dovranno tempestivamente avvisare il Coordinatore Territoriale e provvedere alla denuncia alle Autorità competenti.
La consegna delle chiavi dei locali CUP avverrà secondo le modalità previste per la consegna delle chiavi della cassaforte e pertanto sarà tenuto un apposito registro di consegna anch'esso costantemente aggiornato a cura del Coordinatore Territoriale.

2.14. SOTTRAZIONE O FURTO

In caso di sottrazione, furto o rapina degli incassi la Umbria Salute scarl esegue la denuncia alle Autorità competenti attraverso i propri Coordinatori Territoriali o Regionale e provvede a darne comunicazione scritta all'Azienda Sanitaria o Ospedaliera interessata trasmettendo alla stessa un resoconto dei fatti e copia della denuncia alle Autorità al fine di consentire la denuncia dell'evento alla compagnia assicurativa nei termini previsti dalle vigenti polizze.

2.15. RENDICONTO

Entro i primi tre giorni del mese successivo a quello di riferimento la Umbria Salute scarl mette a disposizione di ogni Azienda la seguente documentazione riepilogativa mensile:

- Copia delle ricevute e fatture emesse nel mese ordinate per sezionale e per numero
- Registro di cassa
- Copia delle ricevute di versamento al Tesoriere e gli originali dei moduli di rimborso e storno
- Ogni altro documento eventualmente richiesto dai regolamenti delle singole aziende sanitarie.

2.16. ELENCO DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ E MODALITÀ DI CONSERVAZIONE

I documenti che costituiscono registrazioni della qualità sono:

1) AA-10-QM-43 'Prospetto riepilogativo degli incassi';
2) report 'Importi totali dei movimenti effettuati dall'operatore'; Tali documenti vengono conservati a cura del Coordinatore Territoriale per almeno un anno,
3) AA-10-QM-45 'Comunicazione differenza di Cassa' Conservato per due anni dall'Ufficio amministrazione Umbria Salute.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Nel presente capitolo vengono inserite le direttive aziendali delle singole ASL inerenti alle operazioni di gestione degli incassi, purché preventivamente concordate con la Umbria Salute scarl e non contrastanti con il Disciplinare di affidamento dei Servizi CUP/Cassa.

Azienda Ospedaliera di Perugia

3.6 Rilascio delle ricevute e delle fatture

L'operatore di sportello dovrà altresì apporre in calce ad ogni impegnativa il timbro in dotazione ad ogni cassa che riporti la dizione "pagato ticket" e, di seguito, annotare a penna il numero e la data della corrispondente ricevuta nonché la propria firma. Analoga procedura dovrà essere eseguita sulla impegnativa/e che concorrono, nella stessa prenotazione, a determinare un unico tetto per branca specialistica).

ASL n. 3 Foligno

3.5 – Modalità di riscossione:

Progetto SOS Salute – Pagamento tramite bonifico

L'operatore è autorizzato ad accettare il pagamento tramite bonifico bancario, effettuato dall'utente aderente al "Progetto SOS Salute" presso la Banca Popolare di Spoleto, solo delle prestazioni prenotate e non pagate, accettando una copia del bonifico bancario che sarà allegata al report della procedura ISES denominato 'Importi totali dei movimenti effettuati dall'operatore'.

L'operatore avrà cura di riscontrare la corrispondenza tra i dati della prenotazione ed i dati contenuti nella copia del bonifico che dovrà indicare:

- *nome e cognome dell'utente,*
- *prestazione per cui viene effettuato il bonifico,*
- *indicazione "Progetto SOS Emergenza Salute".*

Nella procedura ISES dovrà essere selezionata la corrispondente modalità di pagamento e cioè "BONIFICO BANCARIO".

L'utente che non dovesse effettuare la prestazione con conseguente diritto al rimborso, dovrà rivolgersi ai competenti uffici della ASL n.3 che gestiranno direttamente la pratica di rimborso."

3.5 bis Attività di continuità assistenziale

L'operatore è autorizzato ad introitare le somme riscosse dai medici che effettuano l'attività di continuità assistenziale, vista la carenza di un servizio di cassa prefestivo, festivo e notturno.

La riscossione dei corrispettivi derivanti dall'attività di continuità assistenziale comprende

la ricezione delle fatture emesse dai sanitari che esercitano detta attività e la trasmissione delle stesse, entro due giorni lavorativi, all'Ufficio CUP della ASL o comunque alla Azienda sanitaria di riferimento.

3.12 Custodia delle somme riscosse e modalità di versamento

L'operatore che cura la riscossione delle somme relative all'intra-moenia allargata (secondo l'organizzazione aziendale) dovrà effettuare il versamento correlato di apposita distinta.

ASL n. 2 – Azienda Ospedaliera di Perugia

3.6 bis Registrazione dei documenti

Alla fine di ciascuna giornata le operazioni in "entrata" e quelle in "uscita" (storni e rimborsi), risultanti dalla procedura CUP, unitamente ai versamenti in Tesoreria e ad altri eventuali movimenti, devono essere riepilogate e registrate, suddivise per Azienda, su apposito "registro di prima nota cassa", su formato elettronico concordato con l'Azienda Sanitaria..

Tra le operazioni in "uscita" devono essere annotati i versamenti in Tesoreria, precisando le ricevute dal n. …….. al n……., cui gli importi degli stessi si riferiscono.

Alla fine di ciascun mese, e comunque entro i primi dieci giorni del mese successivo a quello considerato, copia del registro di prima nota cassa deve essere trasmessa, secondo le modalità previamente concordate con l'Azienda Sanitaria, al competente ufficio del Servizio Contabilità per i riscontri e le contabilizzazioni di competenza.

Le registrazioni riepilogate sulla colonna "entrata" del "registro di prima nota cassa" devono coincidere con i dati risultanti dai report di chiusura cassa della procedura ISES-CUP. I report devono essere stampati e conservati agli atti unitamente ai documenti di riscossione, storno e rimborso emessi nel mese di riferimento. Le uscite annotate sul "registro di prima nota cassa", devono corrispondere al centesimo di euro ai versamenti effettuati in Tesoreria.

Al di fuori del suddetto regolamento per la ASL 4 si riportano le seguenti specifiche:

ASL N.4

In due punti Cup della Asl 4 a fine di ciascuna giornata il versamento viene effettuato direttamente dagli operatori Cup in cassa continua, al fine di evitare errori ed uniformare il versamento presso la suddetta cassa, sono state inoltrate agli operatori le istruzione operative indicate dalla Cassa di Risparmio di Terni e Narni che svolge attività di Tesoreria per conto dell'Asl n.4.

Di seguito riportiamo le sopraccitate istruzioni:

1) il versamento deve essere inserito in una cassettina nera o in una busta di plastificata;

2) all'interno bisogna aver cura di inserire uno o più versamenti (nei casi in cui siano presente più operatori) riepilogativi dell'intero ammontare dell'incasso giornaliero del punto Cup;
3) ciascun versamento deve essere corredato da una distinta cartacea fornita in duplice copia in carta ricalcante, che deve essere compilata in ogni sua parte avendo cura di esporre il dettaglio del versamento eseguito; ciascuna distinta deve essere timbrata con il timbro del punto operativo e deve recare la firma di sottoscrizione apposta dal soggetto abilitato a versare; una copia della distinta va trattenuta dal versante anche ai fini assicurativi;
4) le distinte, le cassettine nere e le buste plastificate, sono a disposizione presso ciascuna filiale in cui vengono eseguiti i versamenti di cassa continua;
5) la busta plastificata reca all'esterno, prestampato sulla plastica, un modello di distinta di versamento che è necessario compilare solo indicando il totale del/dei versamento/i in essa contenuto/i senza esporre il dettaglio, che è indicato nella distinta di versamento cartacea, che deve essere allegata a ciascun versamento, come indicato al punto 3.

REATI ASSOCIABILI

Il processo relativo alla gestione del servizio Cup Cassa, costituisce una modalità strumentale attraverso cui, in linea di principio possono essere commessi i reati relativi a stampa di monete o valori bollati (art.25-bis),e i reati di ricettazione, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art.25 octies). Relativamente a quest'ultimo (art. 25 octies),la commissione di reato appare remoto e comunque a basso rischio. I reati relativi sia alla stampa di monete e valori bollati, che i reati relativi alla ricettazione, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita possono essere commessi nella fase di gestione degli incassi, custodia delle somme e "predisposizione versamento bancario".

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa ,come precisato nel regolamento, sugli elementi qualificanti della formalizzata separazione di ruolo (operatore, coordinatore territoriale..) nelle fasi chiave dei processi e della tracciabilità degli atti.

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono di seguito rappresentati:

- Esistenza di attori diversi operanti nelle fasi/attività dei processi individuati nel "Regolamento del Servizio di Cassa Sportelli Cup."
- Operatore Cup;
- Coordinatore Territoriale;
- Tesorieri incaricati ASL;

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Al fine di non adottare comportamenti a rischio di reato e/o contrari al codice etico e ai principi di comportamento, gli operatori devono attenersi a quanto descritto nel "Regolamento del Servizio di Cassa Sportelli Cup" sopra riportato.

FLUSSI INFORMATIVI VERSO ORGANISMO DI VIGILANZA

La funzione **"Servizi all'utenza"** ei Coordinatori per quanto di competenza e con periodicità definita deve comunicare:

Flusso 1: report " comunicazioni differenza di cassa", relativamente ad ammanchi dovuti a banconote false. (la comunicazione relativa a banconote false può pervenire sia direttamente dall'operatore ovvero Coordinatore degli sportelli Cup/Cassa, sia dagli istituti bancari/tesorieri Aziende sanitarie).

Flusso 2: eventuali comunicazione effettuate da Istituti bancari anche previa richiesta specifica della Società.

SISTEMA DISCIPLINARE

PREMESSA

L'art. 6 del D.lgs. n. 231/2001- nel ricondurre l'esonero da responsabilità dell'ente all'adozione e alla efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati da tale normativa- ha previsto l'introduzione di "un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello".
Emerge quindi la rilevanza del sistema disciplinare quale fattore essenziale del Modello Organizzativo al fine di esimere la Società dalla responsabilità amministrativa prevista dal D.lgs. 231/2001.

IL SISTEMA DISCIPLINARE

Il Modello Organizzativo, comprensivo del sistema disciplinare, in ragione della sua valenza applicativa, dovrà essere formalmente dichiarato vincolante per tutti i dipendenti e, pertanto, essere esposto, così come previsto dall'art.7, co.1, legge n. 300/1970, "mediante affissione in luogo accessibile a tutti". Resta fermo che le sanzioni disciplinari per il personale dipendente terranno conto in sede applicativa del principio di proporzionalità previsto dall'art. 2106 c.c., considerandosi, per ciascuna fattispecie, la gravità oggettiva del fatto costituente infrazione disciplinare, il grado di colpa, l'eventuale reiterazione di un medesimo comportamento, nonché l'intenzionalità del comportamento stesso.
Per i collaboratori esterni, le infrazioni potranno comportare la risoluzione, anche senza preavviso, del rapporto contrattuale.
Resta salva la facoltà per la Società di rivalersi per ogni danno e/o responsabilità che alla stessa possano derivare da comportamenti di dipendenti e collaboratori esterni in violazione del Modello Organizzativo.

IL SISTEMA DISCIPLINARE - SOGGETTI APICALI

Informativa dell'ODV verso gli organi sociali per l’opportuna valutazione delle decisioni da assumere.

SISTEMA DISCIPLINARE

INFRAZIONI	LAVORATORI DIPENDENTI DIRIGENTI CCNL TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI
inosservanza sostanziale delle prescrizioni individuate nel "Principi Generali del Controllo Interno" con riferimento all'Ambiente di Controllo	Richiamo verbale Ammonizione scritta Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso
Inosservanza delle prescrizioni individuate nel "Principi Generali del Controllo interno" con riferimento alla valutazione dei rischi ,Attività di Controllo, Informazione e comunicazione e Monitoraggio	Richiamo verbale Ammonizione scritta Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione da l lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso
Inosservanza dei comportamenti prescritti nello Schema di Controllo Interno "Principi di Comportamento con la PA"	Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione da l lavoro e della retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso
Inosservanza degli elementi specifici di controllo previsti negli SCI per negligenza e senza l'esposizione della Società ad una situazione oggettiva di pericolo	Ammonizione scritta Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione da l lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso
Omissione di comunicazione dovuta all'ODV come indicata negli SCI	Richiamo verbale Ammonizione scritta Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo a dieci giorni Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso
Comportamenti a rischio (così come elencati negli sci dei processi operativi e strumentali) tenuti nei confronti dei funzionari PA	Richiamo verbale Ammonizione scritta Multa non superiore quattro ore della retribuzione base, Sospensione da l lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso
Comportamenti a rischio (così come elencati negli sci dei processi operativi e strumentali) che si è in concreto tradotto in un atto che espone la società anche a una situazione oggettiva di pericolo.	Sospensione da l lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso

Comportamento diretto in modo univoco ed intenzionale al compimento di un reato sanzionato nel Decreto	Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso
Ogni altro e diverso comportamento tale da determinare potenzialmente l'imputazione e carico della società delle misure previste dal decreto legislativo.	Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base, Sospensione da l lavoro e della retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso
Comportamento che ha determinato l'applicazione delle misure previste dal de decreto	Sospensione da l lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni Licenziamento con preavviso Licenziamento senza preavviso

* Le inosservanze ed i comportamenti posti in essere dal personale dipendente in violazione delle regole individuate dal presente Modello Organizzativo, in applicazione del Decreto legislativo 8 giugno 2001, n.231, determinano l'irrogazione di sanzioni disciplinari che sono applicate, secondo il criterio di proporzionalità previsto dall'art. 2106 c.c., tenendo conto - con riferimento a ciascun caso di specie - della gravità oggettiva del fatto costituente infrazione disciplinare, nonché del grado di colpa, della eventuale reiterazione di un medesimo comportamento, nonché dell'intenzionalità del comportamento stesso.

Formazione del personale ad alto rischio di reato

Al fine di fornire la più ampia informazione sulle fattispecie concrete di rischio, sarà organizzata e predisposta una formazione continua che prevedrà:

- un percorso formativo di tipo "informativo" volto alla diffusione dei principi normativi ed alla contestualizzazione delle ipotesi di rischio connesse alle attività svolte da Umbria Salute. Tale percorso sarà diretto alla totalità del personale e si esplicherà attraverso specifici comunicati informativi.
- Un percorso formativo specifico a dirigenti e posizioni organizzative, finalizzato alla analisi delle procedure in atto nonché alla possibile modifica delle stesse.
- Un percorso formativo sistematico da porre in essere in caso di nuove assunzioni o di assegnazione di nuovo personale alle strutture esposte a rischio.

Il Preposto all'attuazione del M.O. 231, anche su indicazione dei propri referenti/dirigenti, individua il personale che sarà avviato a processi di formazione mirata, sulla base delle attività dallo stesso svolte.
Il budget di Umbria Salute scarl dovrà prevedere gli opportuni costi finalizzati a garantire la formazione.

Trasparenza amministrativa

Legge 190/2012

La trasparenza è strumento idoneo a ridurre il rischio di devianza e di abusi della pubblica amministrazione e proprie partecipate.
Umbria Salute scarl ha adottato il proprio Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità provvedendo alla pubblicazione nel proprio sito istituzionale www.umbriasalute.com, nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati richiesti dalla normativa di riferimento (Legge n.190/2012, DLgs.33/2013 e D.Lgs.39/2013)
Il P.T.T.I annualmente aggiornato, costituisce un allegato del P.T.P.C che integra il M.O. 231.
Per i dati relativi al comma 32 della Legge 190/2012 è previsto l'invio di una tabella in formato digitale riepilogativa degli affidamenti effettuati nell'anno precedente, all'ANAC, entro il 31 gennaio di ogni anno.
Umbria Salute ha sempre provveduto al suddetto invio, esponendo i dati relativi agli affidamenti effettuati da dicembre 2012 fino a tutto il 31 dicembre 2015, nonché a pubblicare i suddetti dati nella sezione a ciò dedicata nel proprio sito istituzionale.
L'ODV di Umbria Salute vigilerà sul corretto adempimento degli obblighi previsti.
A tale fine sono state predisposte dagli uffici competenti, apposite schede contenenti i flussi informativi relativi alle pubblicazioni effettuate ai sensi di legge.
Le schede sono trasmesse all'ODV con le modalità già in uso per il monitoraggio dei processi presenti nel presente M.O.

Per le modifiche normative successivamente intervenute si rinvia al sottostante punto riguardante il D.Lgs.33/2013.

D.Lgs.n.33/2013

Lart.18 del D.L. 22 giugno 2012 n.83 " Amministrazione Aperta", convertito in legge 7 agosto 2012, aveva già previsto per tutte le pubbliche amministrazioni centrali, regionali e locali, le aziende speciali e le società in house delle pubbliche amministrazioni, l'obbligo di disporre entro il 31.12.2012, di un link ben visibile nella homepage sezione «Trasparenza, valutazione e merito» nel quale effettuare le pubblicazioni previste dall'articolo stesso.

Successivamente è stato emanato il D.Lgs.n.33/2013 per il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da patte delle pubbliche amministrazioni* ".

Tale decreto all'art.11 2° comma ribadisce che alle Società partecipate da PA si applicano le sole disposizioni dei commi da **15 a 33** della Legge 190/2012, riconducibili in tutto o in parte, agli artt. 19, 26 comma 2, 27, 29 comma 1, 37 comma 1, del D.Lgs.n.33 del 14 marzo 2013.

Inoltre, per richiamo espresso dell'art.**22**, comma 3 del D.Lgs.n.33/2013, alle suddette Società sono altresì applicabili gli art.**14** e **15** del richiamato decreto.

In considerazione di quanto sopra, nel sito istituzionale di Webred alla sezione "Amministrazione Trasparente" sono state subito effettuate le pubblicazioni relative ai dati richiesti dai suddetti articoli, con esclusione delle sezioni riguardanti dati la cui pubblicazione non è obbligatoria per Webred.

Come già riportato in precedenza, successivamente, l'art. 24-bis del D.L. n.90 del 24/06/2014 (conv. con Legge n. 114 del 11/08/2014) **ha integralmente sostituito l'art.11 del D.lgs. n. 33/2013,** introducendo per le società soggette al controllo pubblico, **la medesima disciplina prevista per le pubbliche amministrazioni di cui all'art.1 comma 2 del DLgs 165 del 2001.**

Ciò ha comportato il superamento dell'originaria previsione normativa che invece limitava gli adempimenti a carico delle società pubbliche a quelli individuati nei commi da 15 a 33 dell'art.1 della Legge 190.

Conseguentemente con la nuova formulazione dell'art. 11 del DLgs 33 sopra citato, anche Umbria Salute scarl , in quanto società sottoposta al controllo della Regione Umbria, è tenuta all'integrale osservanza dei principi di trasparenza richiamati nel DLgs 33, limitatamente all'attività di pubblico interesse dalla stessa svolte.

Ciò comporta l'introduzione nel sito internet della Società, di tutte le sezioni previste dal decreto 33/2013 per la pubblicazione dei dati da rendere pubblici ai fini della trasparenza e quindi l'analisi dei dati richiesti per la messa a disposizione nel suddetto sito.

Nel caso di dati incompatibili con la natura di società pubblica si provvederà a darne le necessarie motivazioni sulle rispettive sezioni.

Nella pagina di apertura della sezione “Amministrazione Trasparente” sono riportate nel dettaglio tutte le sezioni e per ciascuna sarà riportata la dicitura riguardante la natura dei dati da pubblicare e l’indicazione della normativa di riferimento.

D.Lgs. 39/2013

In attuazione dell’art.1, commi 49 e 50 della legge 190/2012 è stato approvato il D.Lgs.n.39/2013 “*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico*”.

Il decreto stabilisce una serie di cause di inconferibilità ed incompatibilità con riferimento a varie tipologie di incarichi e definisce “inconferibilità” la preclusione, permanente o temporanea, **a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni** a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato;
- che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA;

che siano stati componenti di organo di indirizzo politico. Nel caso di “incompatibilità”, il soggetto cui viene conferito l’incarico, ha l’obbligo di scegliere, a pena di decadenza ed entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA che conferisce l’incarico.

Il soggetto che istruisce il provvedimento per il conferimento dell’incarico è comunque tenuto a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o altri soggetti.

L’accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall’interessato nei termini di cui all’ art.46 del DPR 445/2000.

L’incompatibilità emersa prima del conferimento dell’incarico, deve essere rimossa prima della formalizzazione dello stesso.

Qualora le cause di inconvertibilità o incompatibilità emergessero nel corso del rapporto di lavoro, **l’ODV**, vigilerà affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine è stata predisposta dagli uffici competenti, apposita scheda contenente i flussi informativi relativi agli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni di cui trattasi.

La scheda è inviata all’ODV con le modalità già in uso per il monitoraggio dei processi presenti nel presente M.O.

In sintesi, il controllo deve essere effettuato:

- all’atto del conferimento dell’incarico
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto

Le posizioni dirigenziali e di vertice presenti all’interno della Umbria Salute, che potevano rientrare nel novero di quelle destinatarie di incompatibilità, essendo tutte precedenti alla data di entrata in vigore del Decreto Legislativo 39/2013 (4 maggio 2013), risultano legittime.

Il responsabile della trasparenza, individuato dall’ Amministratore Unico effettua le pubblicazioni dei dati richiesti dalla Legge 190/2012 e dal D.Lgs.33/2013, in maniera costante e ai sensi di legge e come riportato nel piano triennale allegato al presente Modello Organizzativo.

Codice Etico

Umbria Salute ha adottato il proprio codice di comportamento rivolto a tutto il personale e collaboratori della stessa.

Il codice etico è stato divulgato tramite la intranet aziendale ed è presente nel sito istituzionale di Umbria Salute nella sezione Amministrazione Trasparente- Altri contenuti- Corruzione.

Sul rispetto del predetto codice vigileranno gli Uffici/referenti di ciascun ufficio aziendale e l'ODV.

Pubblicità del M.O. 231

Tutto il personale è tenuto a prendere atto e ad osservare il M.O. 231 che è stato reso disponibile sia sulla intranet aziendale sia nel sito istituzionale www.umbriasalute.com nella sezione Amministrazione Trasparente- Altri contenuti- Corruzione.