

CLINICA SILIGATO s.r.l.
Via Buonarroti, 54 - 00053 Civitavecchia
P. IVA: 00994801009
C.F.: 01423250586

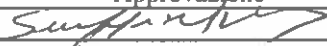
Modello di organizzazione, gestione
e controllo ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001
PARTE GENERALE



CLINICA SILIGATO s.r.l.
Casa di Cura

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO
EX D. LGS. N. 231/01

PARTE GENERALE

	Approvazione	Emissione
R.5 – 27/12/2024		
R.4 – 03/08/2021		
R.3 – 2918		
R.2 – 2015		

1. DEFINIZIONI	4
2. La normativa del D.lgs.231/01	4
2.1. Le fattispecie di reato previste dal D. Lgs. 231/2001	5
2.2. Il meccanismo di esonero della Società dalle responsabilità.....	6
2.3. Il sistema sanzionatorio	8
2.4. Attivazione della procedura di risarcimento volontario.....	10
3. PRESENTAZIONE DI CLINICA SILIGATO	10
3.1. Presentazione generale.....	10
3.2. Modello e assetto organizzativo	12
3.3. Descrizione della CASA DI CURA.....	15
3.4. Il sistema di controllo	17
3.5. Governance Societaria	18
3.6. Sistema di deleghe e procure	18
3.7. Procedure e istruzioni operative	19
3.8. Il sistema documentale per la compliance sul sistema di accreditamento istituzionale ex DCA 469/2017	22
3.9. Il Clinical Risk Management	23
3.10. Il modello organizzativo per la compliance al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR)	24
4. LA COSTITUZIONE, IMPLEMENTAZIONE E VIGILANZA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO.....	24
4.1. Analisi dei rischi di reati ex D.lgs. 231/2001	28
4.2. Responsabilità della struttura sanitaria	28
4.3. Aree nel cui ambito possono essere commessi reati.....	29
5. ADOZIONE, DIFFUSIONE ED INFORMAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO .	30
6. MAPPATURA E VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REATI EX D.LGS. 231/01	30
6.1. Individuazione delle aree a rischio	30
6.2. La definizione di "rischio accettabile"	31
6.3. Il livello dei rischi e la matrice di valutazione del rischio	32
6.4. Scheda di analisi e valutazione dei processi	33
6.5. Valutazione del rischio per macro processi	35
7. ORGANISMO DI VIGILANZA.....	36
7.1. Nomina dell'Organismo di Vigilanza.....	36
7.2. Requisiti dell'Organismo di Vigilanza	37
7.3. Obblighi del Rappresentante Legale della Struttura nei confronti dell'Organismo di Vigilanza	39
7.4. Funzioni, attività e compiti dell'Organismo di Vigilanza	39
7.5. Cause di decadenza e revoca dell'OdV	42
7.6. Rinuncia e sostituzione	42
7.7. Conflitto di interesse e concorrenza.....	43
7.8. Flussi informativi "da" e "verso" l'Organismo di Vigilanza.....	43
7.9. Segnalazioni	44
8. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO.....	46
8.1. Funzioni del Sistema Disciplinare	46
8.2. Illeciti disciplinari e criteri sanzionatori	46
8.3. Ambito di applicazione.....	47
8.4. Sanzioni nei confronti dei Dipendenti	48
8.5. Garanzie di tutela dei diritti dei Dipendenti.....	50

8.6.	Sanzioni nei confronti di membri dei soggetti apicali	50
8.7.	Misure nei confronti di Consulenti e Partner	52
9.	LA FORMAZIONE DELLE RISORSE E LA DIFFUSIONE DEL MODELLO	53
9.1.	Informazione e formazione	53
9.2.	Formazione e informazione dei Dipendenti e dei Medici	54
9.3.	Informazione a Consulenti e Partner	54
10.	VERIFICHE SULL'ADEGUATEZZA DEL MODELLO	55

1. DEFINIZIONI

- ✓ **"Clinica Siligato" o "Società" o "Ente" o "Casa di Cura"**: Casa di Cura Clinica Siligato con sede in Via Buonarroti 54 – 00053 Civitavecchia
- ✓ **"Codice Etico"**: il codice etico comportamentale adottato dalla Clinica Siligato;
- ✓ **"Consulenti"**: coloro che agiscono in nome e/o per conto della **CASA DI CURA** sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale sia per l'erogazione dei servizi sanitari che per le attività di supporto;
- ✓ **"D.Lgs. 231/2001"**: il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 e successive modifiche;
- ✓ **"Dipendenti"**: tutti i dipendenti della Società, ivi inclusi i dirigenti e le posizioni apicali;
- ✓ **"Linee Guida"**: le linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 approvate da Confindustria e da AIOP;
- ✓ **"Medici"**: tutti i medici che operano presso la Clinica Siligato, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale;
- ✓ **"Modello organizzativo" o "Modello"**: il modello di organizzazione, gestione e controllo previsto dal D.Lgs. 231/2001;
- ✓ **"Operazione Sensibile"**: operazione o atto che si colloca nell'ambito dei Processi Sensibili nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati
- ✓ **"Organismo di Vigilanza" o "OdV"**: organismo interno preposto alla vigilanza sul funzionamento, sull'attuazione e sull'osservanza del MODELLO;
- ✓ **"Organi Sociali"**: il Consiglio di Amministrazione;
- ✓ **"P.A."**: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari ed i soggetti incaricati di pubblico servizio;
- ✓ **"Partner"**: controparti contrattuali della Società, quali ad esempio le società di servizio, agenti, partner, sia persone fisiche sia persone giuridiche, con cui la **CASA DI CURA** addivenga ad una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata (collaborazione anche occasionale, società, associazione temporanea d'impresa, *joint venture*, consorzi, ecc.), ove destinati a cooperare con l'azienda nell'ambito dei Processi Sensibili;
- ✓ **"Processi Sensibili"**: attività aziendali nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati;
- ✓ **"Reati"**: i reati ai quali si applica la disciplina prevista dal D.Lgs. 231/2001.

2. La normativa del D.lgs.231/01

In data 8 giugno 2001 è stato emanato - in esecuzione della delega di cui all'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300 - il D.Lgs. 231/2001, entrato in vigore il 4 luglio successivo, che ha inteso adeguare la normativa interna in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune convenzioni internazionali cui l'Italia ha già da tempo aderito.

Il D.Lgs. 231/2001, recante la "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica" ha introdotto per la prima volta in Italia la responsabilità degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi, da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di 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 e, infine, da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati. Tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto.

La nuova responsabilità introdotta dal D.Lgs. 231/2001 mira a coinvolgere nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli enti che abbiano tratto un vantaggio dalla commissione dell'illecito. Per tutti gli illeciti commessi è sempre prevista l'applicazione di una sanzione pecuniaria; per i casi più gravi sono previste anche misure interdittive quali la sospensione o revoca di licenze e concessioni, il divieto di contrarre con la P.A., l'interdizione dall'esercizio dell'attività, l'esclusione o revoca di finanziamenti e contributi, il divieto di pubblicizzare beni e servizi.

Quanto ai reati cui si applica la disciplina in esame, si rimanda alla tabella di mappatura dei rischi ed alla parte speciale del Modello.

2.1. Le fattispecie di reato previste dal D. Lgs. 231/2001

Le fattispecie di reato rilevanti - in base al d.lgs. 231/2001 e successive integrazioni - al fine di configurare la responsabilità amministrativa dell'ente sono quelle espressamente elencate dal Legislatore e, a tutt'oggi, possono essere comprese, nelle seguenti categorie:

- 1. 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 d.lgs. 231/2001);**
- 2. Delitti informatici e trattamento illecito dei dati (art. 24-bis d.lgs. 231/2001);**
- 3. Delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter d.lgs. 231/2001);**
- 4. Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione (art. 25 d.lgs. 231/2001);**
- 5. Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (all'art. 25-bis d.lgs. 231/2001);**
- 6. Delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis.1 d.lgs. 231/2001);**
- 7. Reati societari (art. 25-ter d.lgs. 231/2001);**
- 8. Delitti con finalità di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico ivi incluso il finanziamento ai suddetti fini, indicati (all'art. 25-quater d.lgs. 231/2001);**
- 9. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater.1. d.lgs. 231/2001);**

10. **Delitti contro la personalità individuale quali lo sfruttamento della prostituzione, la pornografia minorile, la tratta di persone e la riduzione e mantenimento in schiavitù (art. 25-quinquies d.lgs. 231/2001);**
11. **Abusi di mercato (art 25-sexies d.lgs. 231/2001);**
12. **Reati transnazionali: l'associazione per delinquere, di natura semplice e di tipo mafioso, l'associazione finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri o al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, il riciclaggio, l'impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita, il traffico di migranti ed alcuni reati di intralcio alla giustizia se rivestono carattere di transnazionalità;**
13. **Omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 25-septies d.lgs. 231/2001);**
14. **Reati di ricettazione, riciclaggio, autoriciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita previsti dagli articoli 648, 648-bis, 648 ter e 648 ter 1 del codice penale (art. 25-octies d.lgs. 231/2001);**
15. **Delitti in materia di violazioni del diritto d'autore (art. 25-nonies d.lgs. 231/2001);**
16. **Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies d.lgs. 231/2001)**
17. **Reati ambientali (art. 25-undecies d.lgs. 231/2001);**
18. **Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies d.lgs. 231/2001);**
19. **Reati di Razzismo e Xenofobia, introdotti per effetto dell'art. 5 della Legge Europea n.167 del 2017 (art. 25 terdecies d.lgs. 231/2001);**
20. **Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati introdotto dalla legge n.39/2019 (art. 25 quaterdecies d.lgs. 231/2001);**
21. **Reati Tributarî previsti dall'art. 39 del D.L. n. 124/2019 (art. 25 quinquiesdecies d.lgs. 231/2001).**

2.2. Il meccanismo di esonero della Società dalle responsabilità

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

- siano predisposti ed attuati modelli di organizzazione e di gestione (ovvero un complesso di norme organizzative e di condotta) idonei a prevenire la commissione dei reati;
- sia istituito un organo di controllo, con poteri di autonoma iniziativa e con il compito di vigilare sul funzionamento dei modelli di organizzazione;

- il reato sia stato commesso eludendo fraudolentemente i modelli esistenti;
- non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

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

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

L'art. 6, co. 3, D. Lgs. 231/01, inoltre, statuisce che *"I modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati, garantendo le esigenze di cui al comma 2, sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati"*.

Nella predisposizione del Modello, la Clinica Siligato ha tenuto conto, oltre che della disciplina di cui al Decreto, anche dei principi espressi (i) da Confindustria nelle "Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001", approvate dal Ministero della Giustizia (aggiornate a marzo 2014), (ii) nelle Linee Guida sui Modelli 231 emesse da AIOP nonché (iii) nelle pronunce giurisprudenziali in materia.

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

- attività di individuazione delle aree di rischio, volta a evidenziare le funzioni aziendali nell'ambito delle quali sia possibile la realizzazione degli eventi pregiudizievoli previsti dal Decreto;
- predisposizione di un sistema di controllo in grado di prevenire i rischi attraverso l'adozione di appositi protocolli.

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

- a. verificabilità, documentabilità, coerenza e congruenza di ogni operazione;
- b. separazione delle funzioni (nessuno può gestire in autonomia un intero processo);
- c. documentazione dei controlli;

- d. previsione di un adeguato sistema sanzionatorio per la violazione delle norme del Codice Etico e delle procedure previste dal modello;
- e. individuazione dei requisiti dell'Organismo di Vigilanza, riassumibili in:
 - autonomia e indipendenza;
 - professionalità;
 - continuità di azione;
- f. previsione di modalità di gestione delle risorse finanziarie;
- g. obblighi di informazione dell'organismo di controllo.

2.3. Il sistema sanzionatorio

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

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

- A. sanzioni pecuniarie;
- B. sanzioni interdittive;
- C. confisca;
- D. pubblicazione della sentenza.

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

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

A. Le sanzioni pecuniarie

Gli artt. 10, 11 e 12 del Decreto disciplinano le modalità di irrogazione delle sanzioni pecuniarie. Esse sono applicate per "quote", da 100 a mille, mentre l'importo di ciascuna quota va da € 258,23 a € 1.549,37. Il Giudice determina il numero di quote tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità della struttura nonché dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze

del reato e prevenire il ripetersi di fatti del medesimo genere; l'importo della quota è fissato sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali della struttura coinvolta.

B. Le sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive sono individuate dal comma 2 dell'art. 9 del Decreto e possono essere irrogate solo in relazione a taluni dei reati c.d. presupposto; esse 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 contrattare 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 già concessi;
- il divieto di pubblicizzare beni e servizi.

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

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

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

C. La confisca

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

D. La pubblicazione della sentenza

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

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

2.4. Attivazione della procedura di risarcimento volontario

Nel caso in cui, nonostante l'adozione del presente modello organizzativo, dovesse realizzarsi in capo alla Clinica Siligato una delle ipotesi di illecito amministrativo dipendente da reato previste nel Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, in base a quanto previsto dal combinato disposto degli artt. 12, 17 e 65 del richiamato Decreto, l'OdV solleciterà immediatamente il Consiglio di Amministrazione ad effettuare gli adempimenti di risarcimento volontario di cui alla lettera a), punto 2) del richiamato art. 12, per ottenere la riduzione della sanzione amministrativa ivi prevista, e predisporrà l'aggiornamento del modello organizzativo in vigore, al fine di eliminare le carenze che hanno determinato il reato in questione, per come sancito dagli artt. 17 e 65 del medesimo Decreto Legislativo, per ottenere l'esclusione dell'applicazione delle sanzioni interdittive normativamente previste".

3. PRESENTAZIONE DI CLINICA SILIGATO

3.1. Presentazione generale

La Casa di Cura Privata "Clinica Siligato" (d'ora in poi **CASA DI CURA**), opera all'indirizzo di: Via Buonarroti 54 – 00053 Civitavecchia (RM) nel cuore della città, a pochi passi dalla stazione ferroviaria, dal porto commerciale e non distante dal porto turistico.

La **CASA DI CURA** è facilmente raggiungibile da tutte le direzioni.

Per chi arriva da Roma si percorre l'autostrada A12 Roma-Civitavecchia, uscita Civitavecchia Sud; per chi proviene da nord si percorre la SS1 Aurelia.

A seguito del DGR-00863 24_11_2020_R, del-DCA-306_2019-e del DCA-474_2019 e per Autorizzazione risonanza magnetica G12898 del 3/11/2020, la Clinica Siligato è configurata come da tabella che segue, ove sono distinte le prestazioni solo autorizzate e le prestazioni in accreditamento.

CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER EFFETTO DELLA RICONVERSIONE	
ATTIVITÀ AUTORIZZATE	ATTIVITÀ ACCREDITATE
<p>STRUTTURA CHE EROGA PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE.</p> <p>TIPOLOGIA CHIRURGICA per complessivi n. 30 posti letto articolati in: RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO con n. 3 unità funzionali: 1)Unità Funzionale di Chirurgia Generale n. 15pp.ll. ordinari 2)Unità Funzionale Ortopedia e Traumatologia n. 10 pp.ll. ordinari 3)Unità Funzionale DAY SURGERY POLISPECIALISTICO n. 5pp.ll.</p> <p>PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE articolato in: TIPO PC1 TIPO PC2 TIPO PC2 Ospedaliero</p> <p>SERVIZI connessi all'attività chirurgica: BLOCCO OPERATORIO con n° 2 sale chirurgiche</p> <p>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA UTILIZZABILI ANCHE AMBULATORIALMENTE:</p> <p>Presidio di Chirurgia Ambulatoriale - APA Laboratorio Generale di Base</p>	<p>PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE articolato in: TIPO PC1 TIPO PC2 TIPO PC2 Ospedaliero</p> <p>SERVIZI connessi all'attività chirurgica: Blocco Operatorio con n° 2 sale chirurgiche</p> <p>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA UTILIZZABILI ANCHE AMBULATORIALMENTE</p> <p>Presidio di Chirurgia Ambulatoriale - APA Laboratorio Generale di Base</p>
<p>Diagnostica per immagini (TAC – Mammografia – MOC-Ecografia-Ecocolordoppler)</p> <p>Diagnostica endoscopica Presidio di recupero e riabilitazione funzionale</p> <p>Chirurgia Generale Ostetricia e Ginecologia Ortopedia e Traumatologia Otorinolaringoiatria Oculistica Medicina generale Urologia Pediatria Cardiologia Oncologia Pneumologia Nefrologia</p>	<p>Diagnostica per immagini (Rx-Mammografia-MOC-Ecografia-Ecocolordoppler)</p> <p>Presidio di recupero e riabilitazione funzionale Diagnostica endoscopica</p> <p>Chirurgia Generale Ostetricia e Ginecologia Ortopedia e Traumatologia Otorinolaringoiatria Oculistica Cardiologia Medicina generale Urologia Pediatria Oncologia Pneumologia Nefrologia</p>

CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER EFFETTO DELLA RICONVERSIONE	
ATTIVITÀ AUTORIZZATE	ATTIVITÀ ACCREDITATE
Neurologia Geriatría Fisiatria Dermatologia Medicina dello spor	Neurologia Geriatría Fisiatria Dermatologia Medicina dello sport
Risonanza Magnetica, da 1.5 tesla ed aperta 0.7 tesla	Risonanza Magnetica, da 1.5 tesla ed aperta 0.7 tesla
CENTRO DIALISI n. 12 posti dialisi + n. 2 posti HbsAg+	CENTRO DIALISI n. 12 posti dialisi + n. 2 posti HbsAg+

La **CASA DI CURA** è in grado di garantire la massima sicurezza nell'esercizio della medicina, l'esecuzione dei trattamenti e la vigilanza sui malati. Particolare cura è inoltre rivolta verso le migliori condizioni materiali, ambientali ed umane richieste dallo stato del paziente, al fine di evitare qualsiasi motivo di spersonalizzazione dovuto al ricovero ed al trattamento.

La **CASA DI CURA** assicura il pieno rispetto della volontà del paziente, qualunque sia l'appartenenza sociale, ideologica, politica, economica o l'età, nell'espletamento del diritto alla libera scelta del medico, del luogo e dei tempi di cura.

Obiettivo della Casa di Cura è l'erogazione di prestazioni sanitarie di elevata qualità ed altamente specializzate in regime ambulatoriale indipendentemente dai diversi setting assistenziali al fine di migliorare costantemente:

- ✓ efficacia e sicurezza delle cure;
- ✓ umanizzazione dell'assistenza;
- ✓ innovazione scientifica;
- ✓ formazione continua ed aggiornamento professionale dei propri operatori.

3.2. Modello e assetto organizzativo

Il vertice aziendale della **CASA DI CURA** è così composto:

- ✓ Consiglio di Amministrazione:
 - Presidente: Giuseppina Siligato
 - Consiglieri: Rossella Amato, Antonino Amato
- ✓ Direttore Sanitario: dr. Danilo De Santis
- ✓ Direttore Centro Dialisi: dr. Costantino Ricci

Inoltre, quali organi di controllo, sono stati opportunamente nominati:

- ✓ Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/01

La struttura organizzativa della **CASA DI CURA** è articolata secondo due linee funzionali quella di assistenza sanitaria e quella tecnico amministrativa.

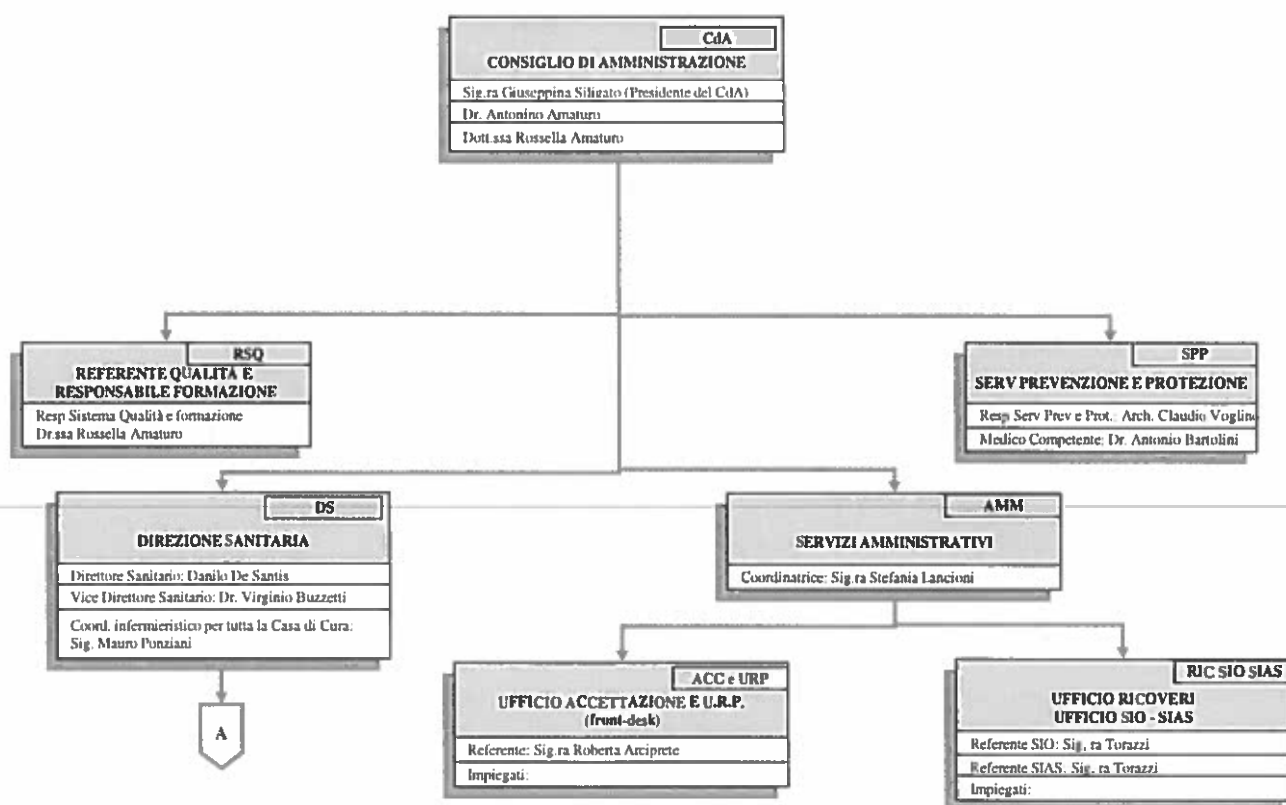
La linea funzionale tecnico amministrativa comprende i servizi di gestione amministrativa e i servizi tecnici di supporto alle attività sanitarie e assistenziali.

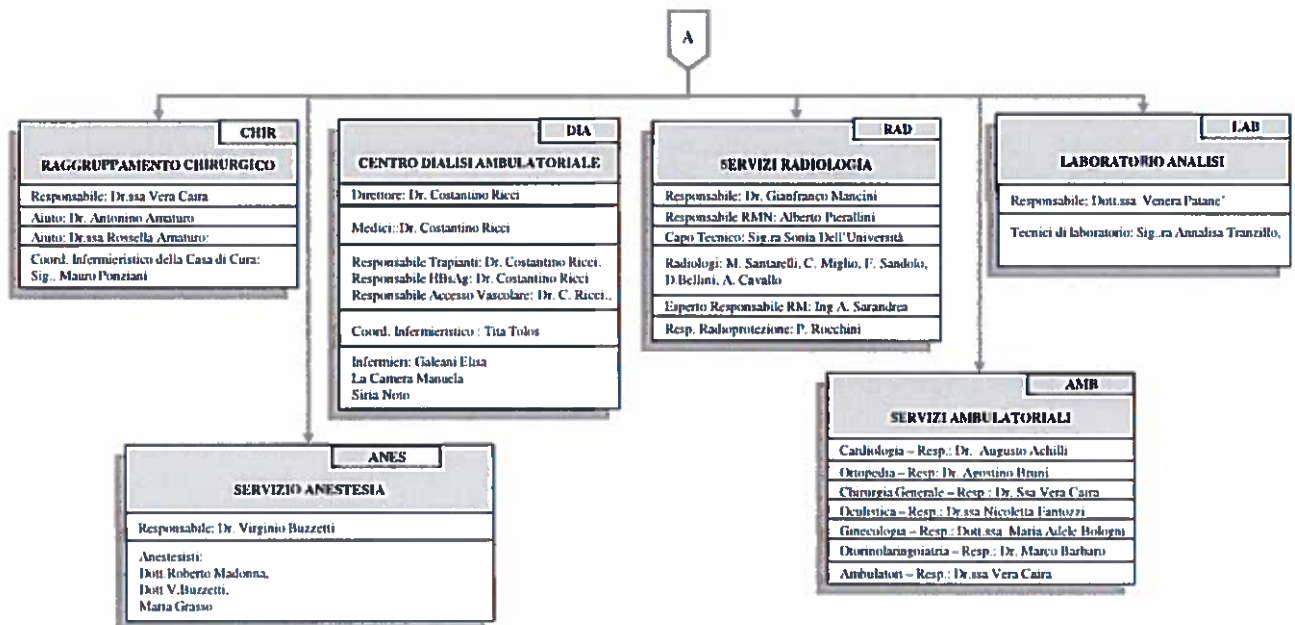
La linea funzionale di assistenza sanitaria è articolata in servizi di supporto alle attività di diagnostica e cura e in unità funzionali erogatrici delle attività di diagnostica e cura.

La gestione del sistema qualità è centralizzata nella posizione del responsabile del sistema qualità (RSQ), il quale assegna per i vari reparti compiti e responsabilità inerenti la qualità.

La dr.ssa Rossella Amaturò ricopre la posizione di Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

L'organigramma, in rev. 11 del 12/05/2021, è strutturato secondo le linee di servizio come descritte al paragrafo "Descrizione della **CASA DI CURA**", per la versione più recente si rimanda all'Organigramma contenuto nel sistema di gestione Qualità.





La scelta strategica aziendale di implementare e mantenere un sistema di gestione per la qualità, conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 e ai requisiti autorizzativi e di accreditamento definitivo della Regione Lazio, per essere certificabile da Ente terzo accreditato ACCREDIA e accreditabile dalla Regione Lazio, ha comportato l'adozione di un modello organizzativo basato su:

- ✓ la gestione per processi, con focalizzazione sulle interazioni e la standardizzazione fra i processi e sulla flessibilità di impiego del personale;
- ✓ la gestione per processi e per obiettivi per una maggiore responsabilizzazione e partecipazione del personale, secondo linee di definizione e di condivisione degli obiettivi top down e bottom up;
- ✓ la comprensione e l'osservanza dei requisiti dei servizi offerti, sia in termini di efficacia per ottenere i risultati che di efficienza come appropriatezza delle risorse dedicate e dei consumi;
- ✓ il miglioramento continuo;
- ✓ la soddisfazione dei cittadini utenti e delle parti interessate.

Con l'adozione del **MODELLO**, il modello organizzativo della **CASA DI CURA** è stato esteso per comprendere:

- ✓ la copertura con disposizioni specifiche per tutte le aree soggette a rischio reato ex D. Lgs. 231/01, tramite procedure e/o disposizioni di cui si riferisce nel documento "MAPPA REATI 231" allegato al **MODELLO**.

La **CASA DI CURA** adotta il presente Modello con lo scopo di:

- a) introdurre nella **CASA DI CURA** principi e regole di comportamento volte a promuovere e valorizzare una cultura etica al proprio interno, in un'ottica di correttezza e trasparenza nella conduzione del business;
- b) prevenire il rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto nelle attività individuate nel documento "MAPPA REATI 231" allegato al **MODELLO**;

- c) sensibilizzare coloro che operano nell'ambito di dette aree al rispetto dei principi e delle regole introdotte dalla **CASA DI CURA**;
- d) consentire un costante monitoraggio sulle attività a rischio da parte di tutta l'organizzazione aziendale ed in particolare dell'Organismo di Vigilanza deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del **MODELLO**;
- e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal **MODELLO**.

La gestione per processi si basa sull'equilibrio organizzativo tra specializzazione ed integrazione, mediante processi trasversali, sia sul piano operativo assistenziale che sul piano gestionale.

Il sistema di governo societario può considerarsi idoneo ad assicurare adeguati livelli di trasparenza ed efficienza anche attraverso la separazione tra programmazione strategica e controllo, da un lato, e gestione diretta dall'altro.

Tali finalità sono perseguite attraverso la linea di Direzione precedentemente descritta.

3.3. Descrizione della CASA DI CURA

Ambienti della CASA DI CURA

Il complesso della **CASA DI CURA** è articolato su un unico edificio:

- ✓ Piano -1:
 - Deposito farmaci
 - Camera mortuaria
 - Spogliatoi
 - Impianti tecnologici per il Centro Dialisi
- ✓ Piano Terreno:
 - Servizi Operativi (Reception, Segreteria, Accettazione e Dimissione e Ufficio relazioni con la Clientela)
 - Studi Medici
 - Diagnostica per Immagini
- ✓ Piano Rialzato
 - Servizi Amministrativi
 - Laboratorio di Analisi
 - Blocco Operatorio, Anestesia e Rianimazione
- ✓ Piano Primo:
 - Camere con servizi annessi per degenze a regime privato
- ✓ Piano secondo:
- ✓ Studi medici
 - Centro Dialisi
- ✓ Piano Terzo:
 - Servizio lavanderia
 - Magazzino farmaci
 - Impianti tecnologici

La **CASA DI CURA** mette a disposizione dei propri Clienti n. 30 posti letto. Ogni camera dispone di n. 1 o 2 o 3 letti.

Oltre alle normali attrezzature occorrenti per la cura degli Ospiti, tutte le camere sono dotate di servizi autonomi, di apparecchio TV.

Ogni camera di degenza è direttamente collegata con la guardiola delle infermiere ai piani, mediante impianto acustico.

Tipologia delle prestazioni di ricovero

I ricoveri si distinguono in urgenti e programmati.

Il ricovero può essere proposto da:

- ✓ Medico di famiglia;
- ✓ Medico specialista;
- ✓ Medico di guardia medica territoriale.

Presso la **CASA DI CURA** si effettuano le prestazioni come già specificato al paragrafo "Presentazione generale".

Modalità di accettazione.

L'accesso per il ricovero si effettua all'ufficio Accettazioni, situato all'ingresso al piano terra. L'Ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 20.00: il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Documenti per il ricovero.

Al momento del ricovero è necessario presentare:

- ✓ richiesta del medico Curante con indicazione della diagnosi per cui si richiede il ricovero;
- ✓ documento di riconoscimento;
- ✓ tessera sanitaria;
- ✓ codice fiscale.

È importante presentare la documentazione sanitaria relativa ad eventuali ricoveri o accertamenti precedenti e la lista dei farmaci assunti abitualmente. La richiesta di certificati attestanti il ricovero va presentata all'Ufficio accettazioni.

All'atto del ricovero (solo per pazienti solventi) si richiede ai pazienti di portare solo lo stretto necessario per la cura e l'igiene personale:

- ✓ Abbigliamento comodo e pratico (pigiamia, camicia da notte in lana o cotone, tuta da ginnastica, vestaglia e pantofole)
- ✓ Prodotti da bagno

Il medico comunica con congruo anticipo la data di dimissione del paziente e gli consegna la lettera di dimissione indirizzata al medico curante; in essa sono indicate le procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite durante il ricovero. Le prescrizioni domiciliari nonché le eventuali visite di controllo. Su richiesta del paziente l'Ufficio Accettazioni rilascia la fotocopia della cartella clinica.

Presso la Casa di Cura è presente un Centro di Dialisi Ambulatoriale che dispone di 17 reni artificiali (di cui 3 per sostituzioni):

- o 12 posti dialisi ordinari;
- o 2 posti dialisi HBsAG positivi

essendo stata preventivamente verificata la compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza da parte della Regione Lazio.

Convenzioni e regime privato:

Si rimanda al paragrafo "Presentazione generale".

Inoltre, la **CASA DI CURA** ha stipulato apposite convenzioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie con:

- o CliniService, FISDE, Inter Partner Assistance, Fasi, Fasi Open, New Med, Mapfre, BluAssistance, PreviMedical, Caspie, FasChim, FASDAC

Altre convenzioni potranno essere stipulate. La Carta dei Servizi riporta l'elenco di tutte le convenzioni e tale elenco sarà aggiornato in caso di nuove convenzioni o cessazione di convenzioni in essere.

3.4. Il sistema di controllo

La **CASA DI CURA** di è dotata di una struttura organizzativa idonea ai fini preventivi propri del Decreto ed è caratterizzata dai seguenti principi:

- ✓ i poteri di firma per operazioni straordinarie sono in capo solo al Consiglio di Amministrazione;
- ✓ i poteri di firma per operazioni ordinarie (rapporti con banche e assicurazioni, rapporti con i fornitori, rapporti con Enti della Pubblica Amministrazione, rapporti con Enti finanziatori, Rapporti con l'Agenzia delle Entrate, ...) sono dei componenti del Consiglio di Amministrazione con firme disgiunte;
- ✓ attribuzione di poteri di rappresentanza nei limiti in cui è strettamente necessario e comunque in limiti coerenti e compatibili con le mansioni svolte dal soggetto cui sono attribuiti; sono attribuiti nuovamente ai componenti del Consiglio di Amministrazione i poteri precedentemente attribuiti al Direttore Generale, non più presente nell'organico:
 - negoziare condizioni di assunzione e licenziamento di personale, ad esclusione dei dirigenti, da proporre al Consiglio di Amministrazione;
 - negoziare, modificare e risolvere accordi sindacali con le rappresentanze sindacali;
 - comporre vertenze individuali e collettive in materia di rapporti di lavoro;
 - negoziare, stipulare, modificare e risolvere contratti di prestazioni d'opera professionale e di collaborazione tecnica;
 - rappresentare la società avanti il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, istituti ed enti assicurativi e previdenziali, autorità amministrative, fiscali e di pubblica sicurezza;
 - transigere e concordare imposte, tasse, contributi, ammende e sanzioni afferenti la società;

- rappresentare la società in qualsivoglia trattativa e/o vertenza individuale e collettiva di lavoro;
- gestire i rapporti connessi all'attività sociale con la Regione Lazio e le Aziende Sanitarie Locali e rappresentare la società nei confronti della Pubblica Amministrazione, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali, Camere di Commercio, Enti Parastatali e Organizzazioni Sindacali;
- stipulare contratti e convenzioni con i clienti nell'ambito dell'attività che forma l'oggetto della società e dare esecuzione ai contratti stessi;
- ✓ poteri di firma sulle spese sono attribuiti a ciascuno dei componenti il Consiglio di Amministrazione con firme disgiunte e senza soglie di spesa;
- ✓ chiara e precisa determinazione delle mansioni, delle responsabilità ad esse connesse, delle linee gerarchiche;
- ✓ esistenza della contrapposizione di funzioni (chi fa, chi controlla);
- ✓ corrispondenza tra attività effettivamente svolte e quanto previsto dalla mission della **CASA DI CURA**.

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

3.5. Governance Societaria

Le attribuzioni degli organi societari sono disciplinate dallo Statuto e dalle leggi vigenti.

La gestione straordinaria della **CASA DI CURA** è affidata, in via esclusiva, al Consiglio di Amministrazione.

La gestione ordinaria della **CASA DI CURA** è affidata al Consiglio di Amministrazione.

3.6. Sistema di deleghe e procure

Lo schema dei poteri e delle deleghe è approvato dal Consiglio di Amministrazione.

È opportuno precisare che, ai fini del Decreto Legislativo 231/2001, la procura è condizione necessaria ma non sufficiente per considerare il procuratore "soggetto apicale", inoltre il loro conferimento avviene in ragione delle esigenze operative e, in particolare, dello snellimento e dell'efficienza dell'attività aziendale, lo schema rappresentativo dei poteri attribuiti è rappresentato nelle Procure, deleghe e organi di controllo.

I requisiti essenziali di tale sistema, ai fini di una efficace prevenzione dei reati, sono i seguenti:

- ✓ tutti coloro che intrattengono per conto della **CASA DI CURA** rapporti con la Pubblica Amministrazione e le Autorità di Vigilanza, devono essere dotati di delega formale in tal senso e, ove necessario, di apposita procura;
- ✓ le deleghe devono associare ciascun potere di gestione alla relativa responsabilità e ad una posizione adeguata nell'organigramma, ed essere aggiornate in conseguenza dei mutamenti organizzativi intervenuti nella società;
- ✓ ciascuna delega deve definire in modo specifico e univoco:

1. i poteri del delegato;
2. il soggetto (organo o individuo) a cui il delegato riporta;
3. i poteri gestionali assegnati con le deleghe devono essere coerenti con gli obiettivi della Casa di Cura;
4. il soggetto delegato deve disporre di poteri di spesa adeguati alle funzioni conferite.

Fermo restando il dettato normativo di cui all'art. 5 del Decreto, i soggetti apicali della **CASA DI CURA** sono identificati principalmente:

- ✓ in base alla collocazione gerarchica al vertice della **CASA DI CURA** o al primo livello di riporto;
- ✓ attraverso l'assegnazione di poteri di spesa e di procura che consentono di svolgere talune attività, anche verso l'esterno, con un predeterminato margine di autonomia.

La struttura organizzativa della **CASA DI CURA** è formalizzata e rappresentata graficamente nell'organigramma il quale definisce le linee di dipendenza gerarchica ed i legami funzionali tra le diverse posizioni di cui si compone la struttura.

Le responsabilità ed i compiti attribuiti a ciascuna posizione sono descritti:

- ✓ nel presente MODELLO comprensivo dei suoi allegati;
 - tabella "MAPPA REATI 231";
 - tabelle "PROCESSI A IMPATTO 231 e FLUSSI INFORMATIVI ODV";
- ✓ nel Manuale Qualità, procedure e istruzioni, protocolli sanitari.

Il Direttore Sanitario e il Direttore del Centro Dialisi sono di supporto al Consiglio di Amministrazione per decidere quali debbano essere i principali requisiti che i soggetti devono possedere per essere idonei a ricoprire le posizioni in organigramma (ad es. titoli, caratteristiche interpersonali, ecc.) nonché le responsabilità e le competenze attribuite alla posizione stessa.

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

3.7. Procedure e istruzioni operative

La **CASA DI CURA** si è dotata di procedure e istruzioni operative come strumenti per fissare e divulgare i propri processi organizzativi e di cui tutti possono e debbono fruire. In questo modo, si intende assicurare una gestione che sia il più possibile coerente con gli obiettivi strategici fissati dal vertice aziendale.

Le procedure della **CASA DI CURA** definiscono le linee guida generali che rispecchiano l'orientamento e la filosofia cui s'ispira la gestione aziendale. Le procedure regolano i processi e le modalità adottate dalla **CASA DI CURA** per consentirne la loro pratica applicazione. Le procedure sono, quindi, soggette a periodiche modifiche e costante aggiornamento, in seguito al verificarsi di cambiamenti che possono riguardare fattori sia interni sia esterni.

L'approvazione definitiva delle procedure e di altri documenti è regolata dalla procedura del Sistema di Gestione per la Qualità:

✓ PS-01 "Gestione e controllo della documentazione e delle registrazioni"
e varia a seconda della tipologia di documento.

Tutte le procedure e le istruzioni operative sono inserite nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità della Casa di Cura. Presso il Responsabile del Sistema di gestione per la Qualità è disponibile l'elenco completo dei documenti in vigore.

Sono quindi previste le seguenti tipologie di documenti:

- ✓ Manuale della Qualità, che comprende tutte le procedure che si riferiscono al sistema di gestione della CASA DI CURA e che opera trasversalmente sulle diverse aree;
- ✓ Procedure di Sistema, Procedure Operative Standard e Istruzioni Operative dei servizi in staff alla Direzione (servizi amministrativi) e dei reparti (servizi sanitari), che comprendono tutti quei processi inerenti all'attività specifica svolta dai singoli servizi / reparti;
- ✓ Protocolli medici e infermieristici.

La comunicazione e la diffusione della documentazione della **CASA DI CURA** avvengono per consegna dei documenti ai responsabili direttamente interessati che sono a loro volta responsabili di diffondere tale documentazione al personale interno alla propria area, messaggio di posta elettronica al personale interessato, assicurando con ciò una diffusione capillare di tutte le procedure adottate.

I documenti garantiscono il rispetto delle normative vigenti e degli adempimenti derivanti dalla mission aziendale e sono ritenuti idonei ai fini del **MODELLO**.

Procedure, Istruzioni e protocolli mirano da un lato a regolare l'agire declinato nelle sue varie attività operative e dall'altro a consentire i controlli, preventivi e successivi, della correttezza delle operazioni effettuate.

In tale modo si garantisce l'effettiva uniformità di comportamento all'interno della struttura sanitaria, nel rispetto delle disposizioni normative che regolano l'attività della **CASA DI CURA**.

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

Inoltre, le procedure adottate dalla **CASA DI CURA** si conformano ai seguenti principi di controllo:

- ✓ ricostruibilità del processo autorizzativo (accountability): principio in base al quale ogni procedura fa riferimento ad una persona o unità organizzativa che ne detiene la responsabilità;
- ✓ attuazione del principio della separazione dei compiti (nessuno può gestire per intero una transazione completa): principio per il quale l'autorizzazione ad effettuare una operazione deve essere sotto responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione;
- ✓ adeguata autorizzazione per tutte le operazioni: principio che può avere sia carattere generale (riferito ad un complesso omogeneo di attività aziendali), sia specifico (riferito a singole operazioni);

- ✓ adeguata autorizzazione per tutte le operazioni: principio che può avere sia carattere generale (riferito ad un complesso omogeneo di attività aziendali), sia specifico (riferite a singole operazioni);
- ✓ adeguata e tempestiva documentazione e registrazione di operazioni, transazioni e azioni mediante l'utilizzo di un sistema informativo efficace ed efficiente, che consente la tracciabilità delle operazioni: principio importante per poter procedere in ogni momento ad effettuare controlli che attestino le caratteristiche dell'operazione, le motivazioni e individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa;
- ✓ verifiche indipendenti sulle operazioni effettuate (gli audit sono svolti sia da persone dell'organizzazione - "auditor" - ma estranei al processo, sia da persone esterne all'organizzazione quali ad esempio sindaci, enti terzi di certificazione esterna);
- ✓ integrità delle registrazioni contabili sia nella fase di processamento che successiva di archiviazione;
- ✓ scelta trasparente, motivata e autorizzata dei dipendenti e dei collaboratori non dipendenti (fornitori, consulenti, ...) basata su requisiti generali oggettivi e verificabili (competenza, professionalità, esperienza, onorabilità);
- ✓ compensi a dipendenti e a terzi congrui rispetto alle prestazioni rese (condizioni di mercato, tariffari, ...) ed evidenza oggettiva della prestazione resa;
- ✓ impiego e utilizzo di risorse finanziarie previsto entro limiti quantitativamente e qualitativamente determinati;
- ✓ tutte le uscite finanziarie devono essere documentate, autorizzate e inequivocabilmente riferibili ai soggetti emittente e ricevente e alla specifica motivazione;
- ✓ Il controllo operativo (vale a dire sulle attività e sui processi dell'azienda) e contabile (vale a dire sulla registrazione degli accadimenti aziendali) può essere a posteriori o preventivo.

Ai fini del decreto è di fondamentale importanza che:

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

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

1. **Organi di Governance:** si segnalano, primi fra tutti, gli organismi di controllo previsti dal vigente Statuto e dal modello gestionale aziendale.
2. **Controlli di primo livello:** ovvero controlli tecnico e operativi sul corretto e regolare andamento delle attività. Svolti dalle persone degli uffici e dei reparti che hanno la responsabilità dell'attività. Possono anche esser incorporati nelle procedure. Attengono a questo primo livello:
 - a) I controlli generati dai sistemi informativi adottati dalla **CASA DI CURA**, inseriti nell'ambito di sistemi procedurali che consentono la verifica delle elaborazioni e dei dati

da parte di chi sta effettuando le operazioni stesse mediante segnalazione di anomalie ed errori, blocco del flusso procedurale;

b) I controlli diretti da parte del responsabile Sistemi informatici: ha tra i suoi compiti la supervisione delle attività in carico e la loro conduzione in linea con le finalità della CASA DI CURA.

3. **Controlli di secondo livello:** sono verifiche effettuate da unità diverse da quelle operative sul regolare espletamento delle attività e sul corretto rispetto delle procedure ed utilizzo delle deleghe. Tali controlli possono essere disciplinati da procedure interne e possono essere effettuati anche con il sistema informatico. Sono controlli che rispondono al principio di separazione dei compiti. Sono svolte dagli auditor nell'ambito del campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità.
4. **Controlli di terzo livello:** sono volti ad individuare andamenti anomali, violazione delle procedure e della regolamentazione e a valutare la funzionalità nel complessivo sistema dei controlli interni. Pur essendo controlli interni sono svolti da entità indipendenti (Organismo di Vigilanza).

3.8. Il sistema documentale per la compliance sul sistema di accreditamento istituzionale ex DCA 469/2017

La Clinica Siligato ha riesaminato il proprio modello organizzativo e il correlato sistema documentale per rispondere ai nuovi requisiti previsti dal D.C.A. 469/2017.

Il Modello risponde all'esigenza di orientare i comportamenti organizzativi del personale su un approccio diverso rispetto alla gestione delle attività operative che si concretizza in:

- ✓ maggiore focalizzazione ai rischi cui sono esposti i processi;
- ✓ maggiore capacità di tracciare le proprie attività, in particolare, quelle terapeutiche-assistenziali, in aderenza rispetto alla nuova compliance richiesta dalla Legge 24/2017 (cosiddetta "Legge Gelli-Bianco") nel rispetto del Nuovo Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG);
- ✓ maggiore proattività rispetto alla gestione delle anomalie generate dalla gestione caratteristica dell'ente;
- ✓ maggiore attenzione ai processi di miglioramento continuo con l'obiettivo di ridurre i rischi e cogliere le opportunità nel contesto operativo di riferimento.

Il processo di riesame del modello organizzativo è stato preceduto da percorsi formativi finalizzati a trasferire gli obiettivi e i requisiti richiesti dalla nuova normativa sul sistema di accreditamento istituzionale che hanno coinvolto il Consiglio di Amministrazione, la Direzione Sanitaria, il Direttore del Centro Dialisi.

3.9. Il Clinical Risk Management

Il tema del rischio clinico, inteso come la probabilità che il paziente sia vittima di un evento avverso a causa del verificarsi di un errore è diventato argomento particolarmente sensibile nella gestione delle strutture sanitarie per i risvolti economici ad esso legato e per la sicurezza del paziente. Su questo aspetto negli ultimi anni sono state impostate le politiche di gestione del rischio per la riduzione degli errori.

Per rischio clinico si intende la probabilità che un paziente possa essere vittima di un evento avverso, ovvero possa subire un danno o un disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate.

Il sistema di gestione del rischio clinico (GRC) o Clinical Risk Management (CRM), inteso come l'insieme delle iniziative che servono a prevenire e ridurre il rischio, ha come scopo quello di definire l'insieme delle regole aziendali ed il loro funzionamento il cui fine è quello di creare e mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali, cioè l'insieme delle iniziative che servono a prevenire e ridurre il rischio. Tra le aspettative c'è il miglioramento delle prestazioni mediche e la conseguente riduzione dei contenziosi legali con i pazienti che hanno subito un "incidente" non previsto e verificatosi durante i trattamenti sanitari a cui sono stati sottoposti.

La Clinica Siligato, alla data di revisione del presente Modello, ha nominato Risk Manager il Direttore Sanitario, che ha la responsabilità anche di coadiuvare i componenti del Consiglio di Amministrazione nella Valutazione Sinistri.

La Clinica Siligato, inoltre, emette annualmente un proprio P.A.R.M. (Piano di Risk Management) / PAICA (Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza) nel rispetto della Determinazione Regione Lazio, n. G04124 del 1 Aprile 2019 "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA STESURA DEL PIANO DI RISK MANAGEMENT (PARM): GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)" e delle successive norme emanate dalla Regione Lazio che rappresenta gli impegni e gli obiettivi sulla prevenzione dei rischi correlati ai processi clinico assistenziali.

Il Clinical Risk Manager, operando in costante contatto con il Raggruppamento Chirurgico e gli altri servizi sanitari e amministrativi, è responsabile della corretta ed efficace attuazione del PARM / PAICA e delle attività di prevenzione dei rischi correlati all'assistenza riportando ai componenti del Consiglio di Amministrazione in merito ad eventuali non conformità risultati dal processo di gestione del rischio associato alla pratica clinica.

3.10. Il modello organizzativo per la compliance al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR)

Il 25 maggio 2018 ha rappresentato la dead line per l'adeguamento dei modelli organizzativi per la prevenzione dei rischi correlati alla gestione dei dati personali per le organizzazioni esposte a tali tipologie di rischio.

Nell'ambito della presente revisione del Modello sono stati presi in considerazione gli impatti potenziali generati dalla nuova normativa e le eventuali "sovrapposizioni" delle attività di valutazione dei rischi seppure con obiettivi e finalità differenti.

Gli illeciti legati a violazioni dei dati personali non rientrano esplicitamente nel novero dei reati per i quali si possa configurare la responsabilità della Casa di Cura, motivo che potrebbe portare a considerare i due ambiti come compartimenti stagni. Ponendosi dal punto di osservazione della Casa di Cura, le cose stanno in maniera diversa. Il GDPR, infatti, richiede una valutazione dei rischi legati alla violazione dei dati personali trattati, esattamente come il D.Lgs. 231/01 richiede una valutazione dei rischi rispetto al coinvolgimento della Casa di Cura nella commissione dei "reati presupposto" e quando si arriva a parlare di reati informatici alcune delle contromisure coprono evidentemente entrambi gli ambiti.

Nell'ambito della revisione dei presidi di controllo correlati ai processi a rischio sono state riesaminate ed integrate le misure di prevenzione dei rischi derivanti da un utilizzo improprio dei sistemi informatici o da attacchi informatici, inoltre sono state riesaminate le misure di sicurezza degli apparati hardware e dei software applicativi.

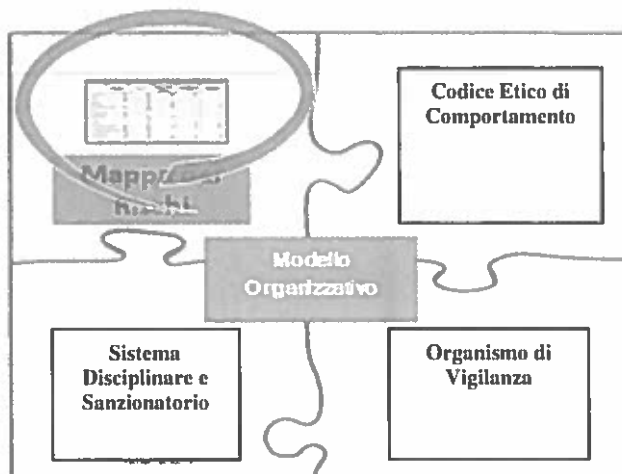
4. LA COSTITUZIONE, IMPLEMENTAZIONE E VIGILANZA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

La costruzione, l'implementazione e la vigilanza del Modello Organizzativo di organizzazione, gestione e controllo dei rischi ai sensi del D.Lgs. 231/01 parte da requisiti e obiettivi a tendere che assicurino l'efficace attuazione del Modello mediante il forte coinvolgimento dei destinatari.

In particolare:

- ✓ i destinatari devono avere consapevolezza di cosa ci si attende da ciascuno di loro per contribuire all'efficace attuazione del **MODELLO**;
- ✓ i destinatari devono essere messi in condizione di contribuire all'esercizio del **MODELLO** in maniera pratica ed efficiente;
- ✓ devono essere messi a disposizione dei destinatari adeguati mezzi per comunicare con l'OdV e se ne deve verificare periodicamente l'efficacia;
- ✓ a tutti i livelli organizzativi della **CASA DI CURA**, a cominciare dal management, deve essere presente e manifestato concretamente nei fatti l'impegno per l'attuazione efficace del **MODELLO**.

Il **MODELLO** si inserisce ed integra all'interno delle attuali regole e normative - che già disciplinano il funzionamento della **CASA DI CURA** - introducendo ed esplicitando il sistema di regolamentazione e controllo adottato per la prevenzione dei reati. L'adozione del **MODELLO** richiede che siano definite e documentate le seguenti componenti:



Il **MODELLO** si fonda su un sistema strutturato ed organico di fasi, nonché di procedure preventive e attività di vigilanza e controllo.

Le principali fasi e attività sono le seguenti, la cui articolazione logica è rappresentata dal diagramma:

1. ricognizione Sistemi e Procedure di controllo esistenti;
2. analisi dei rischi di reati ex D.Lgs 231/2001;
3. definizione e diffusione del Codice Etico di comportamento;
4. mappatura e valutazione dei rischi di reati;
5. individuazione e implementazione delle misure e delle procedure di prevenzione dei reati;
6. eventuali modifiche ed integrazioni dei sistemi, delle disposizioni organizzative e delle procedure esistenti per una più efficace attività di prevenzione dei reati;
7. definizione del sistema disciplinare e sanzionatorio;
8. definizione ed implementazione delle funzioni, attività e compiti dell'Organismo di Vigilanza;
9. Comunicazione, formazione e diffusione del Modello Organizzativo;
10. Aggiornamento periodico del Modello Organizzativo.

L'apparato documentale del **MODELLO** è costituita da:

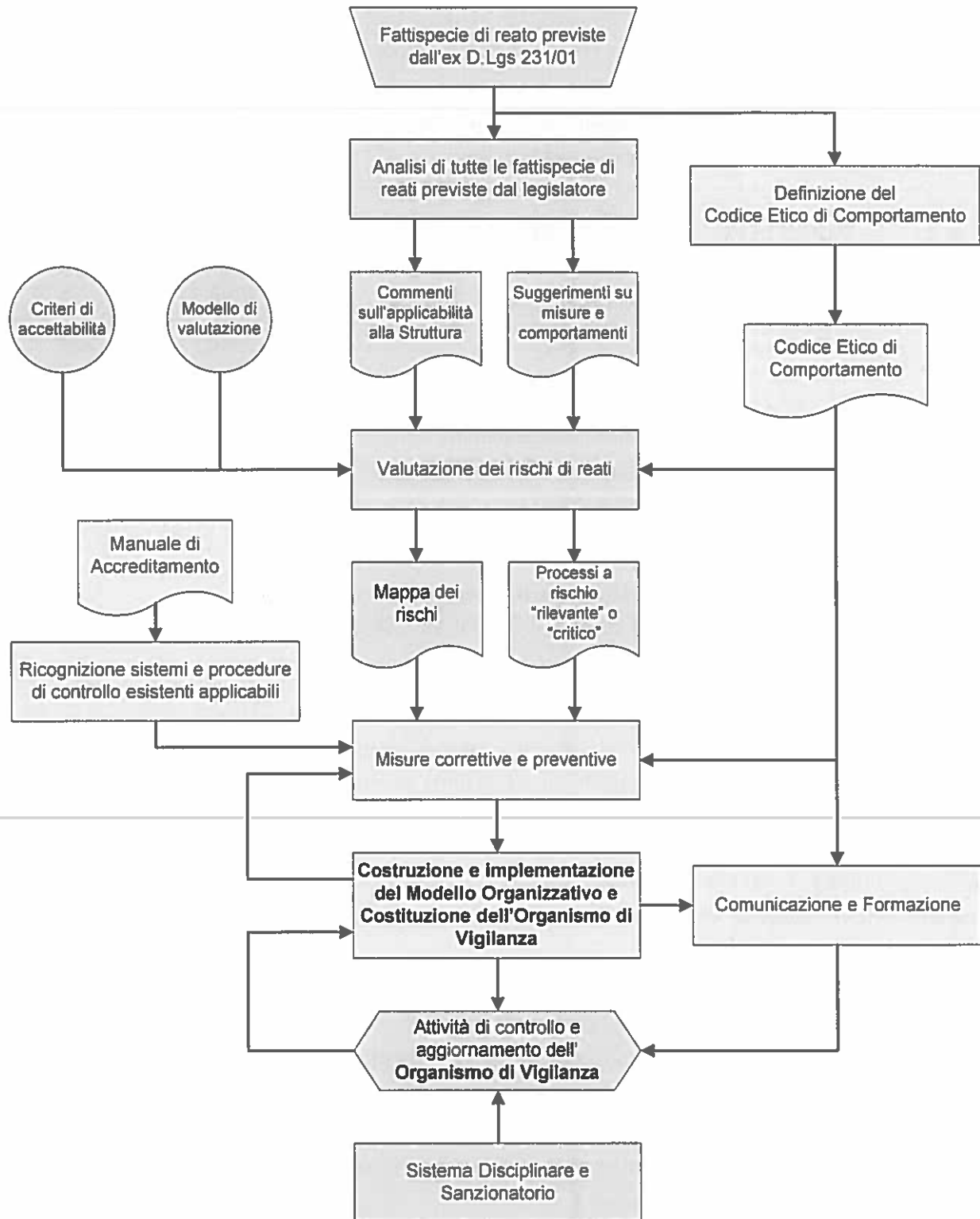
- ✓ IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D. LGS. N. 231/01 – Parte Generale (il presente documento);

- ✓ IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D. LGS. N. 231/01 – Parte Speciale;
- ✓ MAPPA REATI 231;
- ✓ PROCESSI A MAGGIOR IMPATTO 231 e FLUSSI INFORMATIVI ODV.

In modo indiretto fanno parte del MODELLO:

- ✓ Manuale, procedure, istruzioni, protocolli adottati con il Sistema di Gestione per la Qualità;
- ✓ procedure e istruzioni, protocolli sanitari (Sistema di Gestione per la Qualità);
- ✓ il sistema di gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs 81/2008;
- ✓ Il modello organizzativo per la compliance al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR).

**Percorso di Valutazione dei rischi di reato, Implementazione, Vigilanza del
Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs 231/01**



4.1. Analisi dei rischi di reati ex D.lgs. 231/2001

L'analisi dei rischi effettuata nella Parte Speciale del presente Modello esamina nel dettaglio tutte le fattispecie di reati esplicitamente elencate dal legislatore che configurano la responsabilità amministrativa della Società. Lo scopo è offrire la dimostrazione della comprensione ed interpretazione del contenuto della normativa e, nel contempo, consentire di realizzare una prima occasione di formazione dei destinatari del Modello.

4.2. Responsabilità della struttura sanitaria

La Società esercita, in regime privato, attività sanitarie di ricovero e, in regime ambulatoriale, servizi di analisi chimico-cliniche, di dialisi e di radiologia in regime di accreditamento con il S.S.R. della Regione Lazio.

Allo scopo effettua le seguenti principali macroattività:

- ✓ Prenotazione ed accettazione del paziente;
- ✓ Erogazione della prestazione sanitaria;
- ✓ Elaborazione ed archiviazione della documentazione sanitaria;
- ✓ Dimissione del paziente;
- ✓ Attività di follow up sul paziente, anche in regime domiciliare;
- ✓ Gestione e controllo del flusso informativo SIAS (per le prestazioni in regime di accreditamento con il SSR);
- ✓ Fatturazione alla Regione Lazio (per le prestazioni in regime di accreditamento con il SSR)
- ✓ Fatturazione a privati o a compagnie assicuratrici;
- ✓ Acquisizione di beni e servizi per l'erogazione di prestazioni sanitarie;
- ✓ Gestione del personale deputato all'erogazione dei servizi sanitari e di quelli di supporto;
- ✓ Smaltimento dei rifiuti speciali derivanti dallo svolgimento di attività sanitaria.

Nell'espletamento di tali macroattività, vengono gestiti i rapporti con la Pubblica Amministrazione e relativi organi ispettivi, con i fornitori di beni e servizi, con il personale dipendente e con i collaboratori libero professionisti.

Pertanto, ai fini dell'individuazione dei rischi e della relativa analisi va considerata la responsabilità amministrativa degli enti prevista dal D.Lgs 231/01 per reati commessi nel loro interesse o a loro vantaggio da soggetti che rivestono una posizione apicale nella struttura medesima ovvero da persone fisiche sottoposte a vigilanza di quest'ultimi, e in generale da persone fisiche che operano in nome della Struttura, per suo conto o comunque nel suo interesse, in virtù di qualsiasi accordo di collaborazione o conferimento di incarico.

La responsabilità della Società è presunta qualora l'illecito sia commesso da una persona fisica apicale. In tal caso ricade sulla Società l'onere di dimostrare la sua estraneità ai fatti.

Viceversa la responsabilità della Società è da dimostrare nel caso in cui chi ha commesso l'illecito non ricopra funzioni apicali. In tal caso l'onere della prova ricade sull'accusa che deve dimostrare l'esistenza di carenze a livello organizzativo o di vigilanza che possono comportare una corresponsabilità da parte dei soggetti apicali.

4.3. Aree nel cui ambito possono essere commessi reati

Preliminare all'analisi del rischio è l'individuazione:

- a. delle tipologie di attività nel cui ambito possono essere commessi reati di riferimento;
- b. delle tipologie di Enti della P.A. e di soggetti terzi nei confronti dei quali è ipotizzabile il rischio di commissione di reati.

In merito al punto a), le attività interessate sono:

- ✓ le attività collegate ai rapporti con le strutture della del S.S.R. della Regione Lazio;
- ✓ i servizi generali, amministrativi e contabili (in specie per la disciplina dei rapporti con la P.A. e per gli aspetti finanziari ed amministrativi);
- ✓ l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- ✓ le attività di programmazione e controllo;
- ✓ la gestione del personale;
- ✓ la gestione dell'infrastruttura;
- ✓ la gestione dei fornitori;
- ✓ la gestione delle risorse tecniche e tecnologiche.

Chiaramente tali attività vanno considerate analizzando il contesto e la specificità della struttura e tenendo conto p.e. della Carta dei Servizi, di tutti i sistemi di controllo, dei regolamenti e delle procedure già in essere nell'ambito del sistema di gestione per la qualità certificato ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015.

In merito al punto b), il rischio di potenziali comportamenti illeciti è profilabile, in specie, nei confronti dei seguenti soggetti:

- ✓ Ministero della Salute; Assessorati della Regione Lazio, Ufficio del Commissario ad acta, Assessorati della Provincia di Roma e dei Comuni con cui la struttura si interfaccia; ASL, strutture sanitarie esterne o simili; Autorità Giudiziaria, NAS, Questura;
- ✓ INPS, INAIL, Ufficio Provinciale del Lavoro, Ispettorato del Lavoro, Comune di Civitavecchia, Ministero del Lavoro;
- ✓ Agenzia delle Entrate; Ufficio tributi; Guardia di finanza, Ministero dell'Economia e Finanze;
- ✓ Consulenti; Fornitori vari, Pazienti/utenti e chiunque abbia, a qualunque titolo, rapporti con la struttura sanitaria.

5. ADOZIONE, DIFFUSIONE ED INFORMAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il **MODELLO** è approvato dal Consiglio di Amministrazione della **CASA DI CURA**, a seguito della verifica di conformità ai requisiti ex D. Lgs 231/2001 e adattabilità alla **CASA DI CURA** da parte dell'Organismo di Vigilanza. Le successive modifiche e aggiornamenti proposti dall'Organismo di Vigilanza vengono recepiti ed approvati dal Consiglio di Amministrazione della Società.

L'adozione del **MODELLO** è comunicata dal Consiglio di Amministrazione al Direttore Sanitario, al Direttore del Centro Dialisi e a tutto il personale della **CASA DI CURA** al momento dell'adozione. A tutti viene data accessibilità al **MODELLO**, comprensivo del Codice Etico e Comportamentale, tramite disponibilità di copia della documentazione presso gli uffici dei Servizi Amministrativi.

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

In tale processo i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Direttore Sanitario e il Direttore del Centro Dialisi, relativamente agli aspetti esecutivi, sono responsabili di pretendere l'attuazione del **MODELLO** presso la **CASA DI CURA**. Tutto il personale è responsabile di conformarsi a quanto il **MODELLO** intende mettere in atto.

La fase di attuazione del **MODELLO** comporta un'attività d'impulso, valutazione ed approvazione delle azioni necessarie per l'implementazione degli elementi fondamentali del **MODELLO** stesso. Per l'individuazione di tali azioni, i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Direttore Sanitario e il Direttore del Centro Dialisi si avvalgono del supporto dell'Organismo di Vigilanza e del Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità ed eventualmente di altri soggetti specificatamente designati dal Consiglio di Amministrazione.

La vigilanza sull'adeguatezza e attuazione del **MODELLO**, deliberato con determina del Consiglio di Amministrazione è garantita dall'OdV, nell'esercizio dei propri poteri di controllo.

In ogni caso, la **CASA DI CURA** intende ribadire che la corretta attuazione ed il controllo sul rispetto delle disposizioni aziendali e, quindi, delle regole contenute nel presente **MODELLO**, costituiscono un obbligo ed un dovere di ciascun Responsabile di reparto/funzione/servizio della **CASA DI CURA**.

6. MAPPATURA E VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REATI EX D.LGS. 231/01

6.1. Individuazione delle aree a rischio

L'individuazione delle aree a rischio rappresenta un'attività fondamentale per la costruzione del **MODELLO**. Tale attività viene effettuata analizzando il contesto e la specificità della struttura e tenendo conto di tutti i sistemi di controllo, dei regolamenti e delle procedure già in essere. Come primo livello di analisi, vengono individuate le Aree e/o i Macroprocessi nelle quali possono verificarsi elementi di rischio pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D. Lgs. 231/01.

Le Aree o i Macroprocessi che rappresentano il primo livello di individuazione di rischio sono:

- a) rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- b) erogazione dei servizi sanitari;
- c) servizi generali e amministrativi.

Tali aree vengono esaminate secondo la metodologia sotto riportata.

I risultati dell'analisi dei rischi vengono raccolti nel documento **"Mappatura dei rischi"** e sono oggetto di periodica verifica e aggiornamento da parte dell'OdV.

I Macroprocessi che vengono ritenuti di significativo impatto sul rischio di commissione di reati secondo il D.Lgs 231/01 o di violazione dei principi etici previsti alla base del Codice Etico di Comportamento vengono sottoposti ad un'analisi, utilizzando la matrice del rischio di cui al paragrafo **"Scheda di analisi e valutazione dei processi"**.

Se da questa analisi il livello del rischio risulta **"accettabile"**, si ritiene di non dover procedere ad ulteriori indagini e di non dover attivare azioni di miglioramento.

Se, al contrario, il livello del rischio risulta critico o rilevante, vengono adottate le misure preventive e il processo viene catalogato nella **"Mappatura dei rischi"**.

La scheda adottata si basa sul metodo di indagine proattivo detto FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)

6.2. La definizione di "rischio accettabile"

Un concetto assolutamente nodale nella costruzione di un sistema di controllo preventivo è quello di rischio accettabile.

Allo scopo è importante considerare da una parte l'impossibilità del **"rischio zero"** e dall'altra la quantità/qualità delle misure di prevenzione da introdurre per evitare o contenere gli effetti del danno (danno alla Pubblica Amministrazione, all'immagine della **CASA DI CURA**, danno economico-patrimoniale, danno all'operatore e/o all'utente). Occorre pertanto definire una soglia del rischio accettabile che scaturisca dal bilanciamento sostenibile - dalla struttura sanitaria - tra i costi (dei controlli e misure prevedibili da istituire) e i benefici (riduzione dei rischi).

In relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato contemplate dal D. Lgs. n. 231/2001 o di violazione dei principi etico-comportamentali previsti, nella struttura la soglia concettuale di accettabilità è rappresentata da un **"sistema di prevenzione tale da non poter esser aggirato se non INTENZIONALMENTE"**.

Pertanto, il sistema di controllo preventivo deve essere in grado di:

- ✓ escludere che un qualunque soggetto operante all'interno della struttura sanitaria possa giustificare la propria condotta adducendo l'ignoranza delle direttive della **CASA DI CURA**;
- ✓ evitare che, nella normalità dei casi, il reato o la violazione ai principi etico-comportamentali previsti possa essere causato dall'errore umano (dovuto anche a

negligenza o imperizia) o dalla non ottemperanza alle politiche e alle procedure della **CASA DI CURA**.

Data la definizione di rischio accettabile, si è stabilito che i rischi possono essere di tre livelli di importanza: **accettabili, rilevanti e critici** e che la loro classificazione deve seguire la metodologia sotto descritta.

In caso di reati ex D.Lgs 231/01 la cui probabilità di accadimento è valutata nulla o trascurabile, il rischio è considerato direttamente accettabile senza dover applicare i requisiti delle diverse colonne in tabella.

6.3. Il livello dei rischi e la matrice di valutazione del rischio

La metodologia adottata è basata sui seguenti passi:

- A. l'analisi dei rischi applicata ad un processo individua i rischi possibili rispetto ai valori etici e al D. Lgs 231/01;
- B. i rischi individuati vengono "pesati" e cioè ad ogni rischio viene assegnato un **livello di importanza** (o **Indice di Priorità del Rischio** - IPR), calcolato come prodotto tra probabilità ed entità del danno causato;
- C. la probabilità è un valore determinato dall'esperienza degli operatori interessati; può assumere tre livelli: **alta, media, bassa** più il caso di probabilità **nulla**; l'attribuzione del livello viene esplicitato e concordato sia col/coi responsabile/i del processo che dal gruppo di lavoro;

PROBABILITA' DI ACCADIMENTO (P)	
Alta (Carenza di competenze del personale interessato dal processo, mancanza di presidi di controllo intra e a fine processo e mancanza di monitoraggio)	4
Medio/alta (Personale interessato dal processo con competenze adeguate, mancanza di presidi di controllo e mancanza di monitoraggio)	3
Media (Personale interessato dal processo con competenze adeguate, carenza di presidi di controllo, monitoraggio presente ma non adeguato)	2
Bassa (Personale interessato dal processo con competenze adeguate, presenza di adeguati presidi di controllo e costante monitoraggio dei processi)	1

- D. l'entità del danno è quella riferibile a quattro macro categorie di danni possibili:
- a) danno alla Pubblica Amministrazione,
 - b) danno economico-patrimoniale e/o di immagine della **CASA DI CURA**,
 - c) danno all'operatore,
 - d) danno all'utente; rispetto al singolo reato, i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Direttore Sanitario e il Direttore del Centro Dialisi stabiliscono i criteri da adottare per quantificare l'entità del danno;

GRAVITA' DEL DANNO (Sanzione massima escluse le interdittive) (G)	
Alta (Applicazione di sanzioni pecuniarie superiori a 600 quote)	4
Medio/alta (Applicazione di sanzioni pecuniarie sopra 400 e fino a 600 quote)	3
Media (Applicazione di sanzioni pecuniarie sopra 200 e fino a 400 quote)	2
Bassa (Sanzione pecuniaria fino a 200 quote)	1

utilizzando la matrice sotto riportata si assegna ad ogni rischio il livello di importanza (o IPR); i rischi che cadono in un livello di importanza accettabile, vengono considerati in linea con le procedure adottate, mentre i rischi che risultano in un livello critico o rilevante vengono sottoposti ad una misura preventiva.

6.4. Scheda di analisi e valutazione dei processi

Di seguito viene riportata una matrice di valutazione del rischio che considera il Fattore di Rischio Totale (FTR) rispondente ai criteri FMECA e applicata ai processi della Società.

Livello di rischio	FTR (fattore di Rischio)	Azioni	Priorità
Rischio Critico	$FTR > 12$	Azioni Correttive Indilazionabili	1
Rischio rilevante	$6 < FTR \leq 12$	Azioni correttive e/o migliorative da programmare nel breve/medio periodo	2
Rischio Accettabile	$FTR \leq 6$	Azioni di Miglioramento da valutare non richiedenti intervento immediato	3

Matrice di valutazione del rischio		Entità del danno			
		1	2	3	4
Probabilità di accadimento	1	1	2	3	4
	2	2	4	6	8
	3	3	6	9	12
	4	4	8	12	16

MAPPATURA REATI

Reati di cui al D.Lgs 231/01 (1)	Rif. Codice Etico di Comportament o (2)	Rischio di difformità (3)	Attività sensibili (4)	Funzioni potenzialment e coinvolte (5)	Entità del danno (6)	Probabilità di accadimento (7)	Fattore di Rischio Totale (FRT) (8)	Misure preventive (9)
LEGENDA Punteggio Entità del danno (D) Vedi tabella di valutazione dell'entità del danno Probabilità di accadimento (P) Vedi tabella di valutazione del livello di probabilità Fattore di rischio Totale (FTR)= (D x P) Vedi Matrice di valutazione dei rischi					Criteri di compilazione della scheda 1. Reati di riferimento dal D. Lgs. 231/01 2. Riferimento puntuale al Codice Etico di Comportamento 3. Individuare il rischio di difformità al D. Lgs 231/01 e ai principi etici-comportamentali di riferimento 4. Individuare le aree/processi interessati dal rischio 5. Individuare la probabilità secondo i criteri predefiniti 6. Valutare l'entità potenziale del danno secondo i criteri predefiniti 7. indicare il livello di probabilità di accadimento del rischio secondo i criteri predefiniti 8. incrociare, utilizzando la matrice del rischio, il valore del punto 6 con quello del punto 7 e ottenere il Fattore di Rischio Totale (RA = rischio accettabile, RR = rischio rilevante, RC = rischio critico) 9. Misure di prevenzione da intraprendere o intraprese in caso di rischio rilevante o critico			

La Mappa dei rischi deriva, quindi, dai processi rilevatisi, dalla valutazione secondo FMECA, critici o rilevanti.

In questa fase è possibile distinguere i processi della struttura considerati sotto controllo, dai processi che presentano un gap di sicurezza e che quindi devono essere corretti e/o migliorati dal punto di vista organizzativo attraverso le misure di sicurezza da implementare (da As is Analysis a Gap Analysis). Pertanto la Gap Analysis evidenzia nella Mappa dei rischi i processi sui quali intervenire con le misure preventive definite nella scheda di analisi.

6.5. Valutazione del rischio per macro processi

Presso la **CASA DI CURA** il **MODELLO** va ad inserirsi nel sistema integrato di gestione e dei rischi aziendali. Tale sistema integrato tiene sotto controllo non solo i rischi riferiti alla commissione di reati compresi nel campo di applicazione del Lgs. 231, ma anche i rischi riferiti a:

- ✓ aspetti economico finanziari;
- ✓ accreditamento presso il SSR;
- ✓ rischio clinico;
- ✓ sicurezza e salute dei lavoratori;

✓ UNI EN ISO 9001.

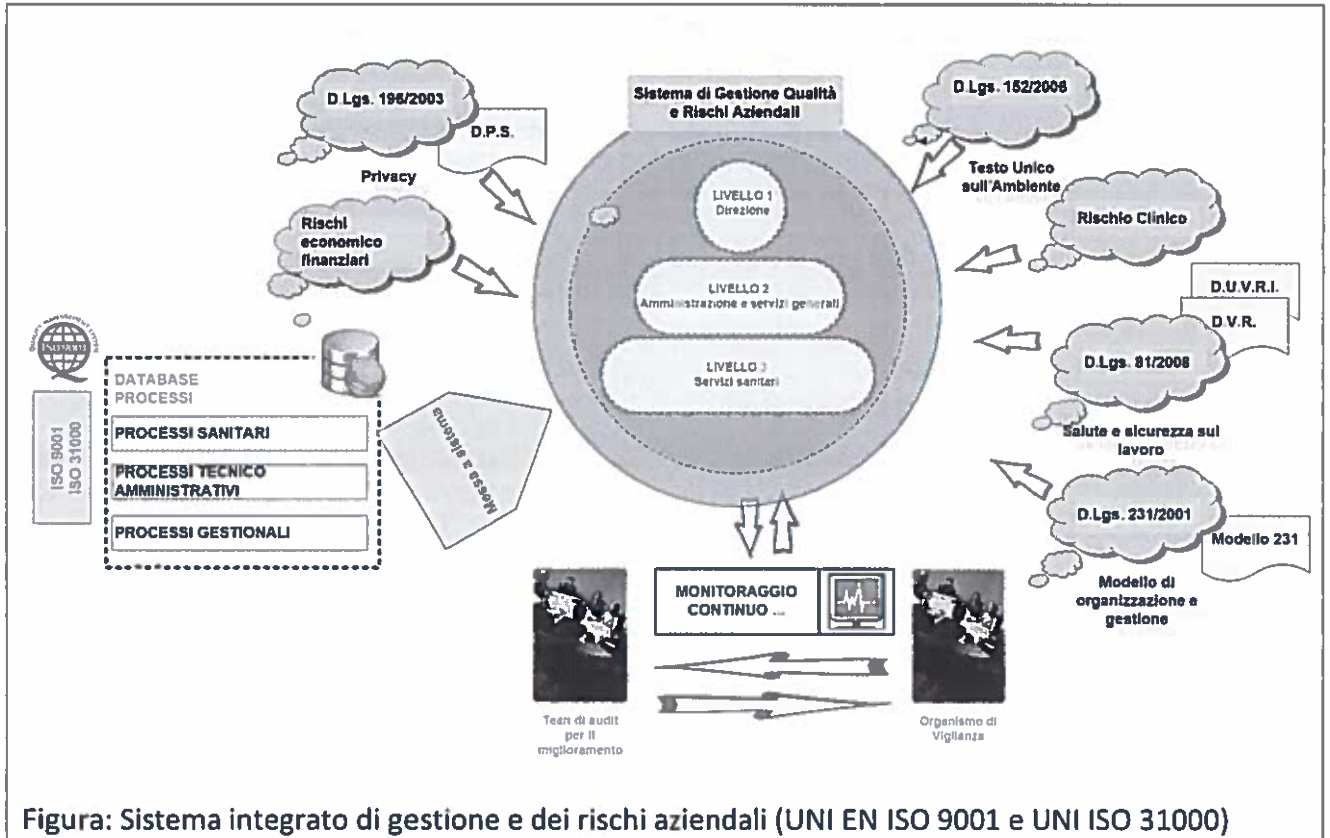


Figura: Sistema integrato di gestione e dei rischi aziendali (UNI EN ISO 9001 e UNI ISO 31000)

7. ORGANISMO DI VIGILANZA

7.1. Nomina dell'Organismo di Vigilanza

È istituito presso la **CASA DI CURA** l'Organismo di Vigilanza indicato nel presente Modello Organizzativo come "OdV", con i poteri ed i compiti definiti dall'art. 6, comma 1, lett. b) del D.Lgs n. 231/2001.

L'OdV è composto da un solo membro interno, senza poteri di firma.

I componenti dell'OdV sono nominati dal Consiglio di Amministrazione della **CASA DI CURA**. L'OdV può avvalersi della collaborazione di esperti a cui sarà conferita dalla **CASA DI CURA** una consulenza per le specifiche problematiche.

All'atto dell'insediamento dell'OdV, nel corso della prima adunanza, il membro unico dell'OdV viene automaticamente nominato Presidente dell'OdV.

Il Presidente dell'OdV ha il compito di promuovere l'attività, presiedere le riunioni e rappresentare l'OdV presso il Consiglio di Amministrazione della **CASA DI CURA**.

7.2. Requisiti dell'Organismo di Vigilanza

La nomina dei componenti dell'Organismo di Vigilanza è condizionata alla presenza dei requisiti soggettivi di eleggibilità di seguito elencati e descritti.

L'OdV risponde ai seguenti requisiti:

- ✓ **autonomia**, che si esprime primariamente mediante l'estraneità da ogni interferenza o pressione da parte del management della struttura e in termini di autonomia decisionale nell'esercizio dei poteri ispettivi e di accesso alle informazioni aziendali;
- ✓ **indipendenza**, che si realizza attraverso la terzietà assicurata dal fatto che uno o più componenti dell'OdV sono esterni alla Struttura e in quanto l'OdV è dotato di adeguate risorse economiche necessarie per il corretto svolgimento delle proprie attività di controllo; in particolare tali risorse consistono nella remunerazione forfettaria dei componenti dell'OdV e in un budget di spesa definito sulla base del piano delle misure preventive da intraprendere, proposto dall'OdV all'approvazione del Consiglio di Amministrazione della **CASA DI CURA**;
- ✓ **possesso di competenze professionali giuridiche, di auditing e di risk management**;
- ✓ **onorabilità e assenza di conflitto di interessi**.

Il Consiglio di Amministrazione della **CASA DI CURA** ha accertato che i componenti dell'Organismo di Vigilanza siano in possesso dei requisiti previsti e non si trovano in alcuna delle condizioni di ineleggibilità espressamente previste dal Decreto.

I componenti dell'OdV decadono oltre che per scadenza, rinuncia, revoca o morte, per la sopravvenuta insorgenza di una causa di incompatibilità, nelle ipotesi di violazione del **MODELLO** relativamente alla obbligatorietà:

- a) delle riunioni;
- b) dei controlli periodici del Modello Organizzativo e del rispetto delle procedure;
- c) delle audizioni del personale e delle relative verbalizzazioni;
- d) della regolare tenuta del libro dei verbali.

In particolare, all'atto del conferimento dell'incarico, i soggetti designati a ricoprire la carica di Organismo di Vigilanza dichiarano l'assenza di:

- a. relazioni di parentela, coniugio (o situazioni di convivenza di fatto equiparabili al coniugio) o affinità entro il quarto grado con i soci, l'Amministratore Unico, nonché dei soggetti apicali delle strutture dell'Ente;
- b. funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso società controllanti e/o controllate;
- c. funzioni di amministrazione – nei tre esercizi precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con lo stesso Organismo – di imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o altre procedure concorsuali;

- d. rapporto di pubblico impiego presso la Regione Lazio, la ASL Roma E nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con gli stessi enti;
- e. sentenza di condanna anche non passata in giudicato, ovvero provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, in Italia o all'estero, per i delitti richiamati dal D. Lgs. 231/2001 o delitti ad essi assimilabili;
- f. condanna, con sentenza anche non passata in giudicato, ovvero con provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, a una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

Inoltre, come espressamente previsto dalle linee guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), la carica di componente dell'Organismo di vigilanza non può essere ricoperta da coloro che:

- a. sono stati sottoposti a misura di prevenzione disposta dall'autorità giudiziaria, salvi gli effetti della riabilitazione;
- b. sono stati condannati con sentenza passata in giudicato, salvi gli effetti della riabilitazione:
 - alla pena detentiva per uno dei reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria;
 - alla pena detentiva per uno dei reati previsti nel titolo IX del libro V del codice civile nel R.D., 16 marzo 1942, n.27;
 - alla reclusione per un tempo non inferiore a sei mesi per un delitto contro la P.A., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica;
 - alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per qualunque tipo di delitto non colposo;
 - per uno dei reati previsti come presupposto della responsabilità amministrativa dell'ente;
- c. le preclusioni di cui alla precedente lettera b) valgono altresì in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti di cui all'art. 444 c.p.p. salvo che sia intervenuta l'estinzione del reato.

Laddove alcuno dei sopra richiamati motivi di ineleggibilità dovesse configurarsi a carico di un soggetto nominato, questi decadrà automaticamente dalla carica.

Accanto ai su indicati requisiti soggettivi, sono altresì necessarie in capo all'OdV le seguenti competenze:

- ✓ conoscenza dell'organizzazione aziendale e dei principali processi aziendali tipici del settore socio-sanitario;
- ✓ conoscenze giuridiche tali da consentire l'identificazione delle fattispecie suscettibili di configurare ipotesi di reato;

- ✓ capacità di individuazione e valutazione dell'impatto, discendente dal contesto normativo di riferimento, sulla realtà aziendale.

7.3. Obblighi del Rappresentante Legale della Struttura nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

Il Consiglio di Amministrazione garantisce all'OdV autonomia di iniziativa e libertà di controllo sulle attività della **CASA DI CURA** a rischio-reati, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del **MODELLO** e consentire l'accertamento immediato delle violazioni; restano fermi, comunque, in capo ai soggetti a ciò formalmente preposti nell'organizzazione aziendale, gli obblighi generali di direzione e vigilanza sul personale sottoposto, anche ai fini del rispetto delle disposizioni del presente **MODELLO**.

Il Consiglio di Amministrazione deve assicurare l'uso, anche se non esclusivo, di idonei locali per le riunioni, le audizioni ed ogni altra necessaria attività. Tali locali dovranno garantire l'assoluta riservatezza nell'esercizio delle funzioni dell'OdV; inoltre, il Consiglio di Amministrazione deve mettere a disposizione dell'OdV personale di segreteria, non esclusivamente dedicato, e i mezzi tecnici necessari per l'espletamento delle sue funzioni.

Entro il 28 febbraio di ogni anno dovrà essere stabilito un fondo sufficiente allo svolgimento dei compiti che il D. Lgs. n. 231/2001 e il presente **MODELLO** assegna all'OdV. Tale fondo sarà quantificato dal Consiglio di Amministrazione, sulla base di apposita relazione predisposta dall'OdV.

I compensi dovuti ai componenti dell'OdV saranno determinati dal Consiglio di Amministrazione.

7.4. Funzioni, attività e compiti dell'Organismo di Vigilanza

In base al D. lgs. 231/2001, l'OdV ha l'obbligo di:

- ✓ vigilare sulla effettiva applicazione del **MODELLO**;
- ✓ valutare, anche tramite la segnalazione di eventuali criticità ad opera di soggetti apicali o sottoposti, l'adeguatezza del **MODELLO**, ossia l'idoneità dello stesso, in relazione alla tipologia di attività e alle caratteristiche della **CASA DI CURA**, a ridurre i rischi di commissione dei reati di riferimento;
- ✓ promuovere l'attività di aggiornamento del **MODELLO**, da effettuarsi obbligatoriamente in caso di modifiche organizzative e di eventuali novità legislative;
- ✓ informare sul **MODELLO**;
- ✓ relazionare gli organi competenti sullo stato di attuazione del Modello, segnalando per gli opportuni provvedimenti, le violazioni del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Ente;
- ✓ gestire i flussi informativi che lo interessano;
- ✓ promuovere, di concerto con le funzioni aziendali preposte, l'organizzazione dei corsi di formazione;

- ✓ sollecitare immediatamente l'amministrazione ad effettuare gli adempimenti di risarcimento volontario di cui alla lettera a), punto 2 dell'art.12 del D.Lgs 231/01

A tal fine è tenuto a:

- ✓ effettuare verifiche, su operazioni o atti specifici posti in essere nell'ambito delle attività a rischio-reato, attraverso il controllo su un campione di operazioni che sarà determinato mediante un criterio casuale;
- ✓ riunirsi periodicamente, almeno due volte l'anno, per accertare l'applicazione abituale del modello attraverso il controllo dei documenti attinenti alle aree a rischio reato;
- ✓ verificare presso il personale se sia a conoscenza di violazioni o voglia formulare proposte operative o di modifica delle disposizioni del modello;
- ✓ condurre indagini interne e svolgere ogni attività ispettiva utile ad accertare presunte violazioni delle prescrizioni del **MODELLO**, anche attraverso il libero accesso, nel rispetto della privacy, a qualsiasi documento aziendale rilevante per lo svolgimento delle funzioni attribuite dalla legge all'OdV;
- ✓ richiedere ed ottenere informazioni, nei limiti delle proprie competenze, da chiunque a qualunque titolo operi nella **CASA DI CURA**, interpellando individualmente, nei casi in cui lo ritiene necessario, il personale per verificare se sia a conoscenza di eventuali violazioni o voglia formulare proposte di modifica del sistema di prevenzione in atto; del contenuto delle singole audizioni deve essere redatto un verbale contestuale, letto e sottoscritto, per la parte che lo riguarda, dall'interessato;
- ✓ verificare che gli elementi previsti dai protocolli per le diverse tipologie di reato (adozione di clausole standard, espletamento di procedure, ecc.) siano comunque adeguati e rispondenti alle esigenze di osservanza di quanto prescritto dal D. Lgs. 231/2001;
- ✓ coordinarsi con le altre funzioni aziendali, al fine di studiare la mappa delle aree a rischio, monitorare lo stato di attuazione del Modello e suggerire interventi migliorativi o integrativi in relazione agli aspetti attinenti all'attuazione coordinata del Modello (istruzioni per l'attuazione del Modello, criteri ispettivi, definizione delle clausole standard, formazione del personale, provvedimenti disciplinari, ecc.);
- ✓ raccogliere ed elaborare le informazioni rilevanti in ordine al Modello Organizzativo ai fini dell'eventuale necessità di aggiornamento;
- ✓ dare immediata notizia all'Organo Amministrativo circa eventuali violazioni suscettibili di integrare un'ipotesi di reato non ancora giunto a consumazione;
- ✓ sollecitare immediatamente l'Organo Amministrativo ad effettuare gli adempimenti di risarcimento volontario di cui alla lettera a), punto 2) del richiamato art. 12, per ottenere la riduzione della sanzione amministrativa ivi prevista, e predisporrà l'aggiornamento del modello organizzativo in vigore, al fine di eliminare le carenze che hanno determinato il reato in questione, per come sancito dagli artt. 17 e 65 del medesimo Decreto Legislativo, per ottenere l'esclusione dell'applicazione delle sanzioni interdittive normativamente previste"

Nell'espletamento delle proprie funzioni, qualora ritenuto necessario, l'OdV può avvalersi di:

- ✓ esperti esterni all'organizzazione dotati di competenze specifiche sui processi da verificare;
- ✓ auditor che effettuano audit in riferimento al sistema di gestione (rif.: UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 19011), richiedendo di estendere il campo di applicazione degli audit ai processi a rischio di reato, fornendo adeguate check-list da utilizzare in sede di audit; in tal caso gli auditor devono essere opportunamente formati.

L'OdV redige in riferimento ad un periodo semestrale il piano delle attività di vigilanza comprendente almeno 2 riunioni.

Il documento Piano delle attività di vigilanza:

- ✓ individua le attività di verifica e controllo che l'OdV intende compiere nel corso del periodo di riferimento;
- ✓ individua le posizioni dell'organizzazione da intervistare;
- ✓ fornisce una pianificazione temporale;
- ✓ identifica i processi coinvolti, le attività che saranno svolte;
- ✓ individua le risorse umane e competenze necessarie.

L'OdV è tenuto a riportare i risultati della propria attività al Consiglio di Amministrazione.

In particolare, l'OdV riferisce in merito alle violazioni del **MODELLO** riscontrate in vista dell'adozione delle relative sanzioni e, al verificarsi di casi che evidenziano gravi criticità del **MODELLO**, presenta proposte di modifiche o integrazioni.

L'OdV dovrà predisporre per il Consiglio di Amministrazione una relazione informativa, su base semestrale, sull'attività di vigilanza svolta, sull'esito di tale attività e sull'attuazione del **MODELLO** nell'ambito della **CASA DI CURA**.

Le attività dell'OdV sono insindacabili da parte di qualsiasi persona e funzione della **CASA DI CURA** salvo, comunque, l'obbligo di vigilanza, a carico del Consiglio di Amministrazione sull'adeguatezza dell'OdV e del suo intervento, essendo, comunque, il Consiglio di Amministrazione e per questo il Presidente del CdA responsabile del funzionamento e dell'efficacia del **MODELLO**.

7.5. Cause di decadenza e revoca dell'OdV

I componenti dell'OdV decadono dall'incarico per scadenza, rinuncia, revoca o morte, nonché per la sopravvenuta insorgenza di una causa di incompatibilità.

I componenti dell'OdV decadono altresì nelle ipotesi di violazione del Modello Organizzativo attinenti alla obbligatorietà:

- a. delle riunioni;
- b. dei controlli periodici sulle procedure di fatturazione;
- c. delle audizioni del personale;
- d. delle verbalizzazioni inerenti alle attività sopra indicate;
- e. della regolare tenuta del libro dei verbali.

Al fine di garantire la necessaria stabilità dell'Organismo di Vigilanza, la revoca della carica di un membro dell'OdV può essere richiesta dall'Organo Amministrativo della società, motivando la relativa istanza, per giusta causa. A tale proposito, per "giusta causa" si intende una grave negligenza nell'assolvimento dei compiti connessi con l'incarico quale, a titolo meramente esemplificativo:

- l'omessa redazione della Relazione Informativa Annuale all'Organo Amministrativo;
- l'omessa redazione del "Piano delle attività di vigilanza" ovvero della sua attuazione;
- l'omessa o insufficiente vigilanza" da parte dell'Organismo di Vigilanza – secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lett. d), D. Lgs. 231/2001 – risultante da una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, emessa nei confronti dell'Ente ai sensi del D. Lgs. 231/2001 ovvero da altro provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità.

7.6. Rinuncia e sostituzione

Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza potrà recedere in ogni momento dall'incarico mediante preavviso di almeno 3 mesi.

L'Organismo di Vigilanza o il suo membro che rinuncia all'ufficio deve darne comunicazione all'Organo Amministrativo.

Se nel corso dell'esercizio vengono a mancare uno o più membri dell'O.d.V., l'Organo Amministrativo provvede alla sua o loro sostituzione con apposita deliberazione.

I membri dell'Organismo di Vigilanza così nominati durano in carica per il tempo per il quale avrebbero dovuto rimanervi i soggetti da essi sostituiti

7.7. Conflitto di interesse e concorrenza

Nel caso in cui, con riferimento ad una operazione disciplinata da un protocollo [per protocollo deve intendersi ogni procedura adottata dalla Società quale elemento costitutivo del Modello ai sensi del D. Lgs. 231/2001], uno o più membri dell'OdV si trovino, o ritengano di trovarsi o di potersi venire a trovare, in una situazione di potenziale o attuale conflitto di interessi con l'Ente nello svolgimento delle sue funzioni di vigilanza, tali soggetti devono comunicare ciò immediatamente all'Organo amministrativo (nonché agli altri membri dell'Organismo di Vigilanza).

La sussistenza di una situazione di potenziale o attuale conflitto di interessi determina, per tale soggetto, l'obbligo di astenersi dal compiere atti connessi o relativi a tale operazione nell'esercizio delle funzioni di vigilanza; in tal caso, l'Organismo di Vigilanza provvede a delegare la vigilanza relativa all'operazione o categoria di operazioni in questione agli altri membri dell'Organismo di Vigilanza.

A ciascuno dei membri dell'OdV si applica il divieto di concorrenza di cui all'art. 2390 c.c.

7.8. Flussi informativi "da" e "verso" l'Organismo di Vigilanza

Nell'ambito delle misure implementate dalla Clinica Siligato, sempre al fine di garantire l'adeguatezza e l'effettività del modello, assume particolare importanza la disciplina dei flussi informativi che coinvolgono l'OdV il quale, da un lato, è destinatario delle segnalazioni circa violazioni, realizzate o tentate, del presente Modello Organizzativo, dall'altro è tenuto ad adempiere a precisi obblighi informativi nei confronti degli organi sociali.

Al fine di assicurare all'OdV la disponibilità di tutte le informazioni ed i dati potenzialmente rilevanti ai fini del corretto ed efficace adempimento dei compiti ad esso assegnati, i Destinatari trasmettano con la massima tempestività, o comunque entro i termini previsti dalle procedure interne, tutte le informazioni indicate nei "Flussi informativi verso l'OdV" riportati nelle sezioni della parte speciale del presente modello oltre che:

- gli ordini ricevuti dal superiore e ritenuti in contrasto con la legge, la normativa interna, o il Modello;
- le richieste o offerte di denaro, doni o di altre utilità provenienti da, o destinate a, pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, nonché quelle provenienti da, o inoltrate a, pazienti (o loro familiari) o altri soggetti nell'ambito delle attività svolte in nome e/o per conto dell'Ente;
- le omissioni o le falsificazioni nella tenuta o nella conservazione della contabilità;
- le omissioni o le falsificazioni nella tenuta o nella conservazione della documentazione sanitaria;
- i provvedimenti e/o le notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria o da qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini che interessano, anche indirettamente, l'Ente o i Destinatari;

- la violazione delle procedure interne riguardanti la selezione dei fornitori o degli appaltatori.

Oltre alle segnalazioni relative a violazioni di carattere generale sopra descritte, devono essere obbligatoriamente ed immediatamente trasmesse all'OdV le informazioni concernenti:

- i provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i Reati qualora tali indagini coinvolgano l'Ente, i suoi Dipendenti o componenti gli Organi di governo;
- le richieste di assistenza legale inoltrate all'Ente dai Dipendenti o dai componenti gli Organi di governo in caso di avvio di procedimento giudiziario per i Reati nei confronti degli stessi;
- i rapporti eventualmente preparati dai responsabili di altre funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali potrebbero emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D. Lgs. 231/2001;
- le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e alle eventuali sanzioni irrogate ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni, qualora essi siano legati a commissione di Reati o violazione delle regole di comportamento o procedurali del Modello;
- le informazioni su eventi occorsi in materia di infortuni sui luoghi di lavoro ai sensi del D. Lgs. 81/08.

Qualora l'Organismo venga a conoscenza di elementi che possano far ritenere l'avvenuta violazione del Modello Organizzativo da parte dei sottoposti deve immediatamente informarne l'Organo Amministrativo affinché adotti le misure conseguenti.

In caso di seri e concordanti indizi su avvenute trasgressioni dolose del Modello Organizzativo o che astrattamente integrino ipotesi di reato da parte di uno degli apicali, l'OdV provvede alle necessarie comunicazioni.

Il Direttore Amministrativo della struttura è tenuto a comunicare all'OdV l'instaurazione e l'esito dei procedimenti disciplinari avviati a seguito della violazione del Modello Organizzativo.

7.9. Segnalazioni

Tutti i soggetti tenuti all'osservanza del Modello devono comunicare all'Organismo di Vigilanza, nella persona del Presidente, senza ritardo e mediante specifiche comunicazioni scritte, ogni fatto e notizia relativi ad eventi che potrebbero, anche solo potenzialmente, determinare la responsabilità dell'Ente, ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

La Clinica Siligato, anche in ossequio a quanto espressamente previsto dalla legge n.179/2017, adotta misure idonee a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante durante l'attività di gestione della stessa; a tal proposito, tra i canali previsti, è stata attivata l'email

odv@clinicaarsmedica.it idonea a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante.

È vietato ogni atto di ritorsione o discriminazione, diretto o indiretto, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. Nessuna conseguenza negativa deriva in capo a chi abbia in buona fede effettuato la segnalazione. I segnalanti in buona fede saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione ed in ogni caso sarà assicurata la riservatezza e l'anonimato del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti dell'Ente o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede.

Valgono in materia di segnalazioni le seguenti prescrizioni di carattere generale:

- i Dipendenti e gli Organi di governo devono segnalare all'OdV le notizie relative alla commissione, o alla ragionevole convinzione di commissione, dei Reati;
- Consulenti e Partner saranno tenuti ad effettuare le segnalazioni relative alla commissione, o alla ragionevole convinzione di commissione, dei Reati nei limiti e con le modalità eventualmente previste contrattualmente;
- i Dipendenti con la qualifica di dirigente avranno l'obbligo di segnalare all'OdV le violazioni commesse dai Dipendenti e collaboratori che a loro rispondono gerarchicamente;
- se un Dipendente desidera segnalare le violazioni al sistema di regole previste dal Modello, lo stesso deve contattare il suo diretto superiore. Qualora la segnalazione non dia esito, o il Dipendente si senta a disagio nel rivolgersi al suo diretto superiore per la presentazione della segnalazione, ne riferiscono direttamente all'OdV;
- i Consulenti e i Partner effettuano le segnalazioni a cui sono tenuti direttamente all'OdV.

La disciplina in materia di segnalazioni è interamente contenuta nella "Procedura di Segnalazione", costituente parte integrante del presente modello di organizzazione e gestione, alla quale si rinvia integralmente.

8. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

8.1. Funzioni del Sistema Disciplinare

Il Sistema disciplinare è rivolto a sanzionare i comportamenti non conformi alle procedure, ai protocolli e alle istruzioni operative adottate dalla struttura da parte degli organi apicali, dei dipendenti, collaboratori, fornitori e partner commerciali. Il Sistema Disciplinare della struttura opera nel rispetto delle norme vigenti in materia di diritto del lavoro, ivi incluse quelle previste nella contrattazione collettiva, ed ha natura eminentemente interna alla struttura non potendo ritenersi sostitutivo, bensì aggiuntivo rispetto alle norme di legge o di regolamenti vigenti. Per tale ragione, ed in virtù della sua valenza applicativa, è formalmente vincolante per tutti i dipendenti della struttura.

Lo stesso inoltre identifica le infrazioni ai principi, ai comportamenti e agli elementi specifici di controllo contenuti nel Modello, e a queste sono associate le sanzioni previste per il personale dipendente dallo Statuto dei Lavoratori e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili al personale dell'Ente.

Le sanzioni disciplinari per il personale dipendente terranno conto in sede applicativa del principio di proporzionalità previsto dall'art. 2106 del Codice Civile, 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.

L'irrogazione di sanzioni disciplinari a fronte delle suddette violazioni prescinde dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale per la commissione di uno dei reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001, e successive modificazioni e integrazioni.

8.2. Illeciti disciplinari e criteri sanzionatori

Sono definiti illeciti disciplinari i comportamenti tenuti dai lavoratori in violazione delle regole (disposizioni, norme, prescrizioni, divieti, obblighi ecc.) dei principi e degli standard generali di comportamento desumibili dal Modello adottato dalla struttura.

Il tipo e l'entità delle sanzioni applicabili ai singoli casi di illecito disciplinare, sono variabili in relazione alla gravità delle mancanze e in base ai seguenti criteri generali vigenti presso la struttura e sanciti dai CCNL:

- a. condotta del dipendente: dolo o colpa (negligenza, imprudenza, imperizia);
- b. mansioni e grado del dipendente;
- c. rilevanza degli obblighi violati;
- d. potenzialità del danno derivante all'Ente, anche in relazione all'eventuale applicazione delle sanzioni previste dal D.Lgs. n. 231/01 e successive modifiche e integrazioni;

- e. presenza di circostanze aggravanti o attenuanti: in particolare in caso di sussistenza o meno di precedenti disciplinari, nei limiti consentiti dalla legge.

8.3. Ambito di applicazione

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 5, lettera b) e 7 del D. Lgs. 231/2001, ferma la preventiva contestazione e la procedura prescritta dall'art. 7 della Legge n. 300/1970, le sanzioni si applicano nei confronti dei dipendenti che pongano in essere - a titolo meramente esplicativo e non esaustivo - illeciti disciplinari derivanti dal mancato rispetto delle misure dirette a garantire lo svolgimento dell'attività e/o a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio, ai sensi del D. Lgs. 231/2001, ed in particolare:

- a. mancato rispetto delle regole (disposizioni, norme, prescrizioni, divieti, obblighi ecc.) previsti dai Protocolli e/o alle Procedure adottate dall'Ente ai fini del Modello e finalizzate a regolamentare i rapporti da tenersi con la Pubblica Amministrazione, a impedire comportamenti che possano integrare la fattispecie dei reati societari, dei reati in ambito di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, ai reati contro la personalità individuale, ai reati connessi alle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, ai reati ambientali, ai reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e in generale di tutti i reati previsti dal D. Lgs. n.231/2001 e successive integrazioni e modificazioni;
- b. mancato, falso, o incompleto rispetto delle procedure istituite dalla società con riferimento alle modalità di documentazione, di conservazione e di controllo degli atti, impedendo così che le stesse risultino trasparenti, veritiere e facilmente verificabili;
- c. violazione e/o elusione del sistema di controllo, mediante sottrazione, distruzione o alterazione della documentazione relativa alle procedure istituite;
- d. impedito controllo o accesso alle informazioni e alla documentazione nei confronti dei soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza;
- e. inosservanza delle prescrizioni contenute nel Codice Etico, con particolare riferimento alle linee guida, norme e standard generali di comportamento;
- f. inosservanza delle disposizioni relative a quanto previsto dal sistema delle deleghe;
- g. mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, soprattutto con riguardo ai rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- h. mancati controlli e informazioni attinenti al bilancio ed alle altre comunicazioni sociali;
- i. omessa vigilanza sul comportamento del personale operante all'interno della propria sfera di responsabilità al fine di verificarne le azioni nell'ambito delle aree a rischio reato e comunque, nello svolgimento di attività strumentali a processi operativi a rischio reato.

8.4. Sanzioni nei confronti dei Dipendenti

Le infrazioni inerenti il mancato rispetto da parte dei dipendenti delle regole e dei principi e standard generali di comportamento indicati nel Modello, possono essere punite, a seconda della gravità, con i seguenti provvedimenti Disciplinari, in coerenza con il vigente CCNL del personale medico e non medico, ed in conformità all'art. 7 della legge n.300/70 e nel pieno rispetto delle procedure ivi stabilite, nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, con testualità ed immodificabilità della contestazione disciplinare:

- A. richiamo verbale,
- B. richiamo scritto,
- C. multa non superiore all'importo di quattro ore di retribuzione,
- D. sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino a 10 giorni lavorativi,
- E. licenziamento per giustificato motivo
- F. licenziamento per giusta causa.

A. Richiamo Verbale

La sanzione del richiamo verbale verrà applicata nei casi di violazione colposa dei principi del Codice Etico e/o di norme procedurali previste dal Modello e/o di errori procedurali, non aventi rilevanza esterna, dovuti a negligenza del lavoratore.

B. Richiamo Scritto

La sanzione del richiamo scritto verrà applicata nei casi di:

- recidiva nelle violazioni di cui al punto A;
- violazione colposa di norme procedurali previste dal Modello e/o di errori procedurali, aventi rilevanza esterna, dovuti a negligenza del lavoratore.

C. Multa

Oltre che nei casi di recidiva nella commissione di infrazioni da cui possa derivare l'applicazione del richiamo scritto, la multa potrà essere applicata nei casi in cui, per il livello di responsabilità gerarchico o tecnico, o in presenza di circostanze aggravanti, il comportamento colposo e/o negligente possa minare, sia pure a livello potenziale, l'efficacia del Modello.

D. Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione

Verrà applicata la sanzione della sospensione dal lavoro e dalla retribuzione sino a dieci giorni, oltre che nei casi di recidiva nella commissione di infrazioni di cui al precedente punto C, nei casi di violazioni procedurali di gravità tale da esporre l'Ente a responsabilità nei confronti dei terzi.

E. Licenziamento per giustificato motivo

La sanzione del licenziamento per giustificato motivo verrà applicata nei casi di reiterata grave violazione, avente rilevanza esterna, relativa a:

- l'inosservanza delle procedure previste per lo svolgimento di attività necessariamente a contatto con la Pubblica Amministrazione;
- l'inosservanza delle prescrizioni contenute nel Codice Etico, con particolare riferimento ai rapporti con la Pubblica Amministrazione, alla tutela del patrimonio della struttura, dei creditori e del mercato e alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e al divieto delle pratiche di mutilazione degli organi femminili;
- l'inosservanza delle disposizioni relative ai poteri di firma (anche in relazione alle modalità di abbinamento) e/o a quanto previsto dal sistema delle deleghe, in particolare in relazione ai rischi connessi ai reati contro la Pubblica Amministrazione, contro la pubblica fede, ai reati societari, ai reati contro la salute e sicurezza dei lavoratori, ai reati ambientali e ai reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, con riguardo a tutti gli atti formati con la Pubblica Amministrazione e/o inviati alla medesima;
- la mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, soprattutto con riguardo a rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- i mancati controlli e/o errate/omesse informazioni attinenti al bilancio e alle altre comunicazioni sociali;
- la omessa vigilanza sul comportamento del personale operante all'interno della propria sfera di responsabilità al fine di verificarne le azioni nell'ambito delle aree a rischio di reato e, comunque, nello svolgimento di attività strumentali a processi operativi a rischio di reato;
- la omessa vigilanza sull'applicazione delle regole (disposizioni, norme, prescrizioni, divieti, obblighi, ecc.) principi e standard generali di comportamento previste dal Modello in ordine ai rapporti con la Pubblica Amministrazione, alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e alle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, alla prevenzione dei reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e comunque in ordine a processi operativi a rischio di reato.

F. Licenziamento per giusta causa

La sanzione del licenziamento per giusta causa verrà applicata per mancanze commesse con dolo e colpa così gravi da non consentire la prosecuzione anche provvisoria del rapporto di lavoro; a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- violazione dolosa di procedure aventi rilevanza esterna e/o elusione fraudolenta realizzata attraverso un comportamento inequivocabilmente diretto alla commissione di un reato ricompreso fra quelli previsti dal D. Lgs. n. 231/2001 e successive modificazioni e integrazioni, tale da far venir meno il rapporto fiduciario con l'Ente;

- violazione e/o elusione del sistema di controllo, poste in essere con dolo mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione relativa alla procedura, ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza;
- mancata, incompleta o non veritiera documentazione dell'attività svolta relativamente alle modalità di documentazione e di conservazione degli atti relativi alle procedure, dolosamente diretta ad impedire la trasparenza e verificabilità delle stesse.

Qualora il dipendente sia incorso in una delle mancanze di cui al presente punto F, la struttura potrà disporre la sospensione cautelare e non disciplinare del medesimo, con effetto immediato. Nel caso in cui la struttura decida di procedere al licenziamento, lo stesso avrà effetto dal giorno in cui ha avuto inizio la sospensione cautelare.

8.5. Garanzie di tutela dei diritti dei Dipendenti

Ad ogni segnalazione di violazione del Modello da parte dell'Organismo di Vigilanza, verrà promossa un'azione disciplinare finalizzata all'accertamento della responsabilità della violazione stessa. In particolare, nella fase di accertamento verrà previamente contestato al dipendente l'addebito e gli sarà, altresì, garantito un congruo termine per presentare le sue difese e giustificazioni alla contestazione. Una volta accertata tale responsabilità sarà irrogata all'autore una sanzione disciplinare proporzionata alla gravità della violazione commessa.

È inteso che saranno seguite tutte le disposizioni e le garanzie previste dalla legge e dai Contratti di lavoro in materia di procedimento disciplinare; in particolare si rispetterà:

- l'obbligo, in relazione all'applicazione di qualunque provvedimento disciplinare, della previa contestazione dell'addebito al dipendente e dell'ascolto di quest'ultimo in ordine alla sua difesa (se richiesto);
- l'obbligo, salvo che per il rimprovero verbale, che la contestazione sia fatta per iscritto e che il provvedimento non sia emanato se non siano decorsi i giorni specificatamente indicati per ciascuna sanzione nei Contratti di lavoro dalla contestazione dell'addebito.

8.6. Sanzioni nei confronti di membri dei soggetti apicali

In caso di violazione da parte dei soggetti apicali (componenti del Consiglio di Amministrazione, Direttore Sanitario, Direttore del Centro Dialisi) di quanto prescritto nel Modello adottato dalla struttura, l'Organismo di Vigilanza informerà il Consiglio di Amministrazione, il quale provvederà ad assumere le opportune iniziative previste dalla vigente normativa, ivi compresa la convocazione dell'Assemblea dei Soci (sono gli stessi componenti del Consiglio di Amministrazione) per l'esame e l'adozione dei provvedimenti conseguenti, tra i quali la revoca per giusta causa del soggetto apicale.

L'irrogazione delle sanzioni deve in ogni caso tener conto dei principi di proporzionalità e di adeguatezza rispetto alla violazione contestata. A tal proposito dovranno essere tenuti in debita considerazione i seguenti elementi:

- la tipologia dell'illecito compiuto;
- le circostanze nel cui ambito si è sviluppata la condotta illecita;
- le modalità di commissione della condotta.

Qualora sia accertata la commissione di una violazione da parte di un soggetto apicale, nel rispetto del principio costituzionale di legalità, nonché di quello di proporzionalità della sanzione, tenuto conto di tutti gli elementi e/o delle circostanze in essa inerenti, il CdA o, se del caso, l'Assemblea dei Soci, dovrà applicare le seguenti sanzioni, graduate in ordine crescente di gravità:

- a. il richiamo scritto;
- b. la diffida al puntuale rispetto delle previsioni del Modello;
- c. la revoca dall'incarico per giusta causa.

In particolare le sanzioni di cui ai precedenti punti 2 e 3 potranno essere irrogate nel caso di:

- violazione idonea ad integrare il solo fatto (l'elemento oggettivo) di uno dei reati previsti dal Decreto;
- violazione finalizzata alla commissione di uno dei reati previsti dal Decreto, o comunque sussista il pericolo che sia contestata la responsabilità dell'Ente ai sensi del Decreto.

È demandato al CdA l'esame e l'adozione di provvedimenti disciplinari adeguati – ivi compresa la revoca per giusta causa - nei confronti dei membri dell'Organismo di Vigilanza che per negligenza o imperizia non adempiano costantemente ed efficacemente all'obbligo loro assegnato dalla Decreto Legislativo n. 231/2001 di vigilare, monitorare ed eventualmente aggiornare il Modello adottato dall'Ente.

In caso di mancata coincidenza dell'OdV con il Collegio Sindacale, l'OdV, qualora ravvisi, a mezzo della documentazione e delle notizie da esso comunque acquisite nell'ambito della sua attività di vigilanza, la violazione del Modello adottato da parte di un soggetto che rivesta la carica di membro del Collegio Sindacale, trasmette all'Organo Amministrativo una relazione contenente:

- descrizione della condotta constatata;
- indicazione delle previsioni del Modello che risultano essere state violate;
- generalità del soggetto responsabile della violazione;
- documenti comprovanti la violazione e/o gli altri elementi di riscontro;
- proposta in merito alla sanzione opportuna rispetto al caso concreto.

Entro dieci giorni dall'acquisizione della relazione dell'OdV, deve essere convocata l'Assemblea dei soci - da tenersi entro e non oltre trenta giorni dalla ricezione della relazione stessa - e nei medesimi termini convocato il soggetto indicato dall'OdV, che verrà invitato a partecipare all'adunanza della suddetta Assemblea.

In occasione dell'adunanza dell'Assemblea, a cui è invitato a partecipare anche l'OdV, vengono disposti l'audizione dell'interessato, l'acquisizione delle eventuali deduzioni da quest'ultimo formulate e l'espletamento degli eventuali ulteriori accertamenti ritenuti opportuni.

L'Assemblea, sulla scorta degli elementi acquisiti, determina la sanzione ritenuta applicabile, motivando l'eventuale dissenso rispetto alla proposta formulata dall'OdV.

Qualora la sanzione ritenuta applicabile consista nella decurtazione degli emolumenti o nella revoca dell'incarico, l'Assemblea informa l'Organo Amministrativo per le opportune determinazioni.

La delibera dell'Assemblea viene comunicata per iscritto all'interessato nonché all'OdV, per le opportune verifiche.

In tutti i casi in cui è riscontrata la violazione del Modello da parte di un organo dirigente legato alla società da un rapporto di lavoro subordinato, sarà istaurata la procedura di accertamento dell'illecito, espletata nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, nonché dei contratti collettivi applicabili.

Nei confronti di componente del CdA che abbia violato una o più regole di condotta stabilite nell'ambito del Modello di Organizzazione e Controllo 231, viene comminata dall'Assemblea una sanzione graduabile dal rimprovero scritto alla revoca dalla carica, in considerazione dell'intenzionalità e gravità del comportamento posto in essere (valutabile in relazione anche al livello di rischio cui la struttura risulti esposta) e delle particolari circostanze in cui il suddetto comportamento si sia manifestato.

8.7. Misure nei confronti di Consulenti e Partner

Nei confronti dei Consulenti o Partner che pongano in essere comportamenti in contrasto con i principi, norme e standard generali di comportamento indicati nel Modello e/o nel Codice Etico tali da comportare il rischio di irrogazione di sanzioni a carico della Società, si potrà dar luogo, in applicazione di quanto previsto da specifiche clausole contrattuali inserite nei contratti, nelle lettere d'incarico o negli accordi di partnership, alla risoluzione del rapporto contrattuale.

Nel caso in cui, dai suddetti comportamenti, siano derivati danni concreti per la struttura, la Clinica Siligato si riserva la facoltà di richiedere anche il risarcimento dei danni subiti.

9. LA FORMAZIONE DELLE RISORSE E LA DIFFUSIONE DEL MODELLO

9.1. Informazione e formazione

Ai fini dell'efficacia del presente Modello Organizzativo, è obiettivo della Società di garantire una corretta conoscenza, sia alle risorse già presenti in struttura sia a quelle da inserire, delle regole di condotta ivi contenute, con differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nei Processi Sensibili.

Il sistema di informazione e formazione è gestito congiuntamente dai componenti del CdA, dal Direttore Sanitario e dal Direttore del Centro Dialisi della struttura, in stretta cooperazione con l'Organismo di Vigilanza, nonché con la collaborazione dei responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolte nella applicazione del Modello.

Tutti i destinatari devono ricevere copia del Modello e del Codice Etico, nonché dei successivi aggiornamenti e devono darne conferma di avvenuta ricezione nonché espressamente dichiarare di impegnarsi al rispetto dei principi ivi contenuti.

Le modalità di diffusione e comunicazione del modello di Organizzazione e Gestione, nonché dei successivi aggiornamenti è conforme a quanto espressamente previsto dalle linee guida AIOP.

Viene conservata traccia documentale agli atti dell'OdV della eseguita consegna e dell'impegno da parte dei destinatari al rispetto delle regole previste.

La Società non inizierà né proseguirà alcun rapporto con chi non intenda impegnarsi al rispetto dei principi contenuti nel Codice Etico e nel Modello Organizzativo (quest'ultimo limitatamente agli eventuali aspetti, di volta in volta, applicabili).

In aggiunta alle attività connesse all'informazione dei destinatari, l'OdV ha il compito di promuovere e monitorare l'implementazione, da parte della Società, delle iniziative volte a favorire una conoscenza e una consapevolezza adeguate del Modello, al fine di incrementare la cultura di eticità e di controllo all'interno della Clinica Siligato.

I principi del Modello, e in particolare quelli del Codice Etico, saranno illustrati al personale della Clinica Siligato attraverso apposite attività formative (ad es. corsi, seminari, questionari, ecc.), cui è posto obbligo di partecipazione e le cui modalità di esecuzione sono pianificate dalla Società mediante predisposizione di specifici Piani di formazione.

I corsi e le altre iniziative di formazione sui principi e le procedure del Modello devono essere differenziati in base al ruolo e alla responsabilità delle risorse interessate, ovvero mediante la previsione di una formazione più intensa e caratterizzata da un più elevato grado di approfondimento per i soggetti qualificabili come "apicali" alla stregua del Decreto, nonché per quelli operanti nelle aree qualificabili come "a rischio diretto" ai sensi del Modello.

Della proficua partecipazione ai corsi di formazione deve essere tenuta evidenza e adeguata documentazione probatoria.

9.2. Formazione e informazione dei Dipendenti e dei Medici

Ai fini dell'efficacia del presente Modello, è obiettivo della Clinica Siligato garantire una corretta conoscenza, sia da parte risorse già presenti in azienda sia di quelle da inserire, delle regole di condotta ivi contenute, con differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nei Processi Sensibili.

Il sistema di informazione e formazione è supervisionato ed integrato dall'attività realizzata in questo campo dall'OdV in collaborazione con i componenti del Consiglio di Amministrazione e con i responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolte nella applicazione del Modello.

- **La comunicazione**

L'adozione del presente Modello è comunicata dal CdA a tutto il personale dipendente e non, nonché ai fornitori di beni e servizi. Copia del presente Modello è messa a disposizione nella rete intranet delle Strutture, nonché nel sito WEB dell'Ente.

- **La formazione**

L'attività di formazione, finalizzata a diffondere la conoscenza della normativa di cui al D. Lgs. 231/2001, è differenziata, nei contenuti e nelle modalità di erogazione, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dell'avere o meno funzioni di rappresentanza della Casa di Cura.

In particolare, la Clinica Siligato ha previsto livelli diversi di informazione e formazione attraverso idonei strumenti di diffusione (comunicazione scritta, corso in aula, disponibilità della documentazione inerente il Modello sul sito WEB della Clinica Siligato).

9.3. Informazione a Consulenti e Partner

I Consulenti ed i Partner devono essere informati del contenuto del Modello e dell'esigenza della Clinica Siligato che il loro comportamento sia conforme ai disposti del D. Lgs. 231/2001.

I suddetti soggetti lo sottoscrivono per integrale presa visione e accettazione e si impegnano, nello svolgimento dei propri compiti afferenti ai Processi Sensibili e in ogni altra attività che possa realizzarsi nell'interesse o a vantaggio della Società, al rispetto dei principi, regole e procedure in esso contenuti.

I contratti stipulati e/o rinnovati successivamente all'adozione del presente Modello dovranno prevedere clausole che impongano ai soggetti suddetti il rispetto del Modello stesso e che

stabiliscano condizioni risolutive e di risarcimento dei danni in caso di violazione da parte di fornitori e collaboratori a vario titolo.

10. VERIFICHE SULL'ADEGUATEZZA DEL MODELLO

Oltre all'attività di vigilanza che l'OdV svolge continuamente sull'effettività del Modello (e che si concreta nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti dei destinatari ed il Modello stesso), esso periodicamente effettua specifiche verifiche sulla reale capacità del Modello alla prevenzione dei Reati, preferibilmente coadiuvandosi con soggetti terzi in grado di assicurare una valutazione obiettiva dell'attività svolta.

Tale attività si concretizza in una verifica a campione sulle attività, sugli atti societari e sui contratti di maggior rilevanza conclusi dalla Clinica Siligato in relazione ai Processi Sensibili e alla conformità degli stessi alle regole di cui al presente Modello.

Inoltre, viene svolta una review di tutte le segnalazioni ricevute nel corso dell'anno, delle azioni intraprese dall'OdV, degli eventi considerati rischiosi e della consapevolezza dei Dipendenti, Medici e degli Organi Sociali rispetto alla problematica della responsabilità penale dell'impresa con verifiche a campione.

Le verifiche sono condotte dall'OdV che si avvale, di norma, del supporto di altre funzioni interne che, di volta in volta, si rendano a tal fine necessarie.

Le verifiche e il loro esito sono oggetto di report annuale al CdA. In particolare, in caso di rilevata inefficienza del Modello, l'OdV esporrà i miglioramenti da attuare.

