Centro di Radiologia
S.Antonio
Cassino

MODELLO

DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX

D.LGS 231-2001

REV	Data emissione	Causale preparazione Modifica documento	Approvazione		Redazione	
			Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	01/01/2016	Prima emissione	AU		RSQ ODV	

SOMMARIO

1 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS.231/2001.....5

1.1 Scopo e campo di applicazione.....5

1.2 Abbreviazioni utilizzate.....5

1.3 Responsabilità amministrativa del Centro di Radiologia Sant'Antonio s.r.l.....6

1.4 La funzione esimente del modello organizzativo.....6

1.5 Sanzioni previste.....8

2 MODELLO ORGANIZZATIVO SVILUPPATO DAL CENTRO DI RADIOLOGIA S.ANTONIO S.R.L.....10

2.1 Fasi di sviluppo del modello 231.....11

3 CODICE ETICO.....12

3.1 CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO.....12

3.1.1 Impegno della direzione all'adozione di un modello organizzativo ex D.Lgs 231/2001.....12

3.2 Principi generali.....12

3.2.1 Principi etici generali.....12

3.2.2 Destinatari del Codice Etico.....13

3.2.3 Obblighi dei destinatari.....14

3.2.4 Il rapporto di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale.....15

3.2.5 Valore contrattuale del Codice Etico.....15

3.3 Principi nei rapporti con i terzi.....15

3.3.1 Principi generali.....15

3.3.2 Rapporti con gli utenti.....15

3.3.3 Rapporti con i dipendenti e con i medici responsabili.....16

3.3.4 Rapporti con i collaboratori e con i consulenti.....18

3.3.5 Rapporti con i fornitori....18
3.3.6 Rapporti con gli altri erogatori....19
3.3.7 Rapporti con la Pubblica Amministrazione....19
3.3.8 Rapporti con gli enti e le associazioni....20
3.3.9 Rapporti con i soggetti di vigilanza e di controllo....20
3.3.10 Rapporti con le organizzazioni sindacali....20
3.3.11 Rapporti con i mezzi di comunicazione di massa....21

3.4 Ambiente, salute e Sicurezza....21

3.5 Principi nelle attività contabili e di trattamento dei dati....22
3.5.1 Registrazioni contabili....22
3.5.2 Tutela della privacy....22

3.6 Politiche del personale....24
3.6.1 Rapporti con le risorse umane....24
3.6.2 Molestie sul luogo di lavoro....24
3.6.3 Abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti....24
3.6.4 Fumo....24
3.6.5 Utilizzo di beni aziendali....24

3.7 Verifiche....25
3.7.1 Controlli interni....25
3.7.2 Registrazione delle operazioni....25
3.7.3 Segnalazioni e obbligo di comunicazione all'Amministratore ovvero all'ODV....25

3.8 Conseguenze della violazione del disposto del Codice Etico....26
3.8.1 Organismo di vigilanza....26
3.8.2 Diffusione del Codice Etico....26
3.8.3 Conseguenze della violazione del codice per i dipendenti....27
3.8.4 Conseguenze della violazione del codice per i dirigenti, amministratori....27
3.8.5 Conseguenze della violazione del codice per i collaboratori, i consulenti e altri terzi....27

4 MAPPATURA DELLA ATTIVITÀ A RISCHIO DI REATO....28

4.1 Obiettivi e metodologia adottata....28

4.2 Valutazione del rischio lordo (inherent risk) nelle funzioni aziendali (risk assessment)....28
4.2.1 Criteri di valutazione del rischio di reato....28
4.2.2 Ipotesi operative adottate....30

4.3 Analisi organizzativa orientata alla individuazione delle misure preventive implicitamente adottate per la gestione dei rischi rilevati....30

4.3.1 Contesto esterno....31
4.3.2 Assetto societario....32
4.3.3 Assetto tecnico....33
4.3.4 Patrimonio....33
4.3.5 Risorse umane ed assetto organizzativo....33
4.3.6 Sentenze passate in giudicato in cui stata riconosciuta una responsabilità penale a carico degli organi dirigenti e dei soci....34
4.3.7 Qualificazione della dimensione aziendale....34

4.4 Individuazione delle misure preventive e sistemi di controllo per la mitigazione del rischio esistente 34

5 INDIVIDUAZIONE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA....35

5.1 Principi di controllo....36

5.2 Ogni operazione, transazione, azione dovrebbe essere: verificabile, documentata, coerente e congrua....36

5.3 Nessuno dovrebbe gestire in autonomia un intero processo....36

5.4 I controlli dovrebbero essere documentati....36

6 ELABORAZIONE DEI PROTOCOLLI OPERATIVI....37

7 SISTEMA DISCIPLINARE E MECCANISMI SANZIONATORI....37

7.1 Funzione preventiva del sistema disciplinare adottato....37

7.2 Iter procedurale....38

8 ALLEGATI....39

8.1 TABELLA REATI/ILLECITI PRESUPPOSTO DELLA RESPONSABILITA' EX D.LGS. 231/01, CON RIFERIMENTI LEGISLATIVI E SANZIONI (Rev. 19 del 14/06/2015)....39

8.2 – Manuale del Sistema Integrato di Gestione per la Qualità e per la prevenzione dei reati ex D.lgs 231-2001....39

1 Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs.231/2001

1.1 Scopo e campo di applicazione

Questo documento (e relativi allegati) intende disciplinare le modalità operative con le quali la società Centro di Radiologia S.Antonio s.r.l (partita IVA 00628330607 e con sede legale ed operativa in Via Arigni 55 03043 Cassino) intende sviluppare il proprio modello di organizzazione, gestione e controllo di cui al D.Lgs 231-2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300".

Tale legge ha sancito un principio di responsabilità amministrativa dell'impresa (con conseguenze molto negative sul patrimonio e sulla redditività aziendale) per alcuni reati (previsti dal decreto stesso) commessi dai propri collaboratori nell'interesse e a suo vantaggio.

La stessa legge ha tuttavia previsto la possibilità da parte dell'azienda di essere esentata da detta responsabilità qualora dimostri in sede giurisdizionale di aver adottato prima della commissione del reato, un modello di organizzazione, gestione e controllo (d'ora in poi MOG) idoneo nell'aver ridotto significativamente la sua probabilità di commissione.

L'adozione del presente MOG assolve inoltre alla copertura di un requisito contrattuale che impegna tutte le strutture che intendano proseguire ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regione Lazio all'adozione di tale modello ai sensi del DCA U00324/2015 – Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art.8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

In considerazione delle finalità di cui sopra e del grado di importanza che lo sviluppo del modello organizzativo potrebbe rivestire nell'incidere sull'equilibrio economico-patrimoniale della società, il presente documento istitutivo del modello organizzativo viene approvato all'unanimità dall' Assemblea dei Soci della società Centro di Radiologia S.Antonio s.r.l .

1.2 Abbreviazioni utilizzate

CRSA Centro di Radiologia S.Antonio s.r.l.

MOG Modello di organizzazione, gestione e controllo redatto ai sensi del D.Lgs 231-2001

ODV Organo di Vigilanza della società

1.3 Responsabilità amministrativa del Centro di Radiologia Sant'Antonio s.r.l

CRSA prende atto che, al fine di definire l'ambito all'interno del quale sviluppare il proprio MOG, è importante considerare che:

- il principio di responsabilità amministrativa aziendale di estende ai reati commessi da chiunque a qualsiasi titolo abbia potuto operare nell'interesse e a vantaggio dell'azienda anche esercitandone de facto le funzioni di rappresentanza indipendentemente dalla esistenza di rapporti giuridici formalmente costituiti.
- Il vantaggio di cui si parla è costituito non solo dal conseguimento di profitti (più ricavi e/o minori costi) che non si sarebbero determinati se non fosse stato commesso il reato in questione ma anche dal semplice tentativo di aumentarne le probabilità di conseguimento. In tal senso può costituire un vantaggio il reato di induzione alla corruzione commesso da un dirigente nei confronti di un pubblico ufficiale al fine di ottenere accesso ad informazioni riservate per vincere una gara d'appalto o di omettere i controlli dovuti, anche senza che poi si sia concretizzato tale vantaggio (vincita di una gara o ottenimento di finaziamenti, minori costi legati all'omissione di controlli.
- Il conseguimento di un vantaggio (anche potenziale) da parte di CRSA come conseguenza di un reato commesso costituisce tuttavia una condizione necessaria ma non sufficiente per invocare la responsabilità amministrativa e l'applicazione di sanzioni a danno della società. CRSA non risponderà di "colpa organizzativa" se riuscirà a dimostrare, attraverso la fattiva adozione del modello organizzativo, che il reato è stato commesso nell'interesse esclusivo di chi lo ha commesso o di un terzo.
- Va inoltre considerato che al momento il campo di applicazione del D.Lgs 231-2001 non si applica allo Stato, agli enti pubblici territoriali, ad enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale e agli enti pubblici non economici. Tuttavia si rileva che:
    - la Corte di Cassazione, Sezione Seconda Penale, con la Sentenza N. 28699 del 9 luglio 2010, ha precisato che "la natura pubblicistica di un ente è condizione necessaria, ma non sufficiente, per esonerarlo dalla responsabilità da reato ex d. lgs. n. 231 del 2001, dovendo altresì concorrere la condizione che lo stesso ente non svolga attività economica"
    - pertanto anche le Aziende Sanitarie Locali , in qualità di enti pubblici che svolgono attività economica, sarebbero quindi, assoggettabili alla disciplina della responsabilità amministrativa, ai sensi del D.Lgs. 231/2001 economici (T.A.R. Calabria Catanzaro, 7 giugno 2002, n. 1603)

1.4 La funzione esimente del modello organizzativo

Alla luce di quanto esposto nei paragrafi precedenti e delle conseguenze molto negative

sull'equilibrio economico patrimoniale dell'impresa, con riferimento a diverse fattispecie di reati applicabili al proprio contesto organizzativo, CRSA ha deciso di dotarsi di un modello organizzativo idoneo alla prevenzione di detti reati al fine di essere esentata dalla propria responsabilità amministrativa relativamente ai reati su cui ha rilevato un rischio oggettivo tenuto conto del contesto organizzativo.

Con riferimento al D.Lgs 231-2001 la società non risponde se prova che:

a) l'organo dirigente ha adottato e efficacemente attuato prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;

b) Il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato ad un organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo

c) Le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e gestione

d) Non vi è omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b)

Ai fini della costruzione del proprio MOG la società ha tenuto conto che:

a) di fatto la legge ha sancito un principio di inversione dell'onere della prova (che tipicamente ricade nell'accusa nel Codice Penale) in quanto occorre che la struttura provi la propria estraneità ai reati commessi.

b) è indispensabile provare attivamente di aver adottato ogni mezzo organizzativo per evitare la commissione del reato prima della sua commissione. In altre parole il giudice prende atto della validità del modello, che è stato evidentemente inefficace durante la commissione del reato, verificando se in precedenza è stata effettuata realmente attività di prevenzione secondo le modalità prescritte dalla legge;

c) il sistema di regole adottato che disciplinano l'organizzazione nel suo complesso deve avere forma scritta ed essere portato a conoscenza degli organi dirigenti con firma e data certa;

d) il MOG andrà periodicamente verificato nella sua efficacia e nella suo rispetto, nonché puntualmente aggiornato, ad opera di un organo interno dotato di effettivi ed autonomi poteri di iniziativa e di controllo, l'Organo di Vigilanza (di cui si parlerà successivamente). A tale riguardo va osservato che la legge tace sulle caratteristiche dei componenti dell'ODV ma specifica che la sua attività deve essere esercitata con autonomi poteri di iniziativa e controllo. Risulta pertanto evidente che l'attività di ODV non può limitarsi alla effettuazione di verifiche periodiche ma deve estendersi alla possibilità di richiedere informazioni ai collaboratori ovvero di accedere a flussi

informativi in ogni momento anche senza preavviso per i soggetti interessati. E' pertanto essenziale che il modello organizzativo sviluppato crei le condizioni per agevolare per quanto possibile la continuità d'azione dell'ODV. Diversamente da questa ipotesi diverrebbe molto arduo dimostrare in sede giurisdizionale la condotta fraudolenta di un soggetto che ha agito per suo interesse esclusivo (o di un terzo) e ai danni dell'azienda a prescindere dal fatto che la stessa avrebbe conseguito un indiretto vantaggio da tale condotta.

Ai fini dello sviluppo del modello la società ha deciso di avvalersi della facoltà prevista dall'art.6 comma 4 del D.Lgs 231-2001 che ha previsto la possibilità che il ruolo dell'ODV possa essere ricoperto dall'organo dirigente con particolare riferimento in questo caso all' Amministratore Unico nonché direttore sanitario della struttura, dott. Ulderico Pagnani per le seguenti motivazioni:

1. trattasi di società rientrante nella classificazione di microimpresa con un numero di collaboratori inferiore a 10 ed un fatturato inferiore a € 2.000.000;
2. l'amministratore unico è la sola figura con potestà di firma in grado di autorizzare erogazioni monetarie (visura camerale aggiornata al 05/12/2015);
3. tutti i soci della società, i signori Antonio Pagnani, Achille Pagnani ed Enzo Pagnani lavorano a diverso titolo all'interno della società e possono esercitare un controllo dell'attività aziendale che è svolta esclusivamente nella sede aziendale di Via Arigni 55 – Cassino (fonte: Organigramma e visura camerale aggiornato al 05/12/2015)
4. l'amministratore (o i soci stessi) già svolgono un ruolo di verifica a fine mese delle prestazioni erogate e della completezza a livello amministrativo delle schede ambulatoriali

1.5 Sanzioni previste

Al fine di pervenire allo sviluppo di un modello organizzativo con valore esimente e correttamente strutturato e dimensionato e al fine di commisurare anche i sistemi di controllo è fondamentale conoscere le conseguenze molto negative sull'equilibrio economico-patrimoniale.

In caso di accertata responsabilità amministrativa il giudice può comminare sanzioni di tipo:

1. Pecuniario (pagamento di denaro).Queste sanzioni competono sempre e comunque e non prevedono la possibilità di pagamento in misura ridotta (art 9 D.Lgs 231-2001); In questo caso il giudice adotta un criterio di commisurazione della sanzione pecuniaria commisurato sul numero delle quote in base alla gravità del fatto e delle attività svolte per eliminare ed attenuare le conseguenze del fatto e prevenire ulteriori illeciti. Il numero delle quote non può essere inferiore a 100 né superiore a 1000. Per ottenere la sanzione effettiva il n° delle quote è moltiplicato per il valore della quota che è invece

fissata sulla base delle condizioni economico-patrimoniali dell'azienda allo scopo di assicurare efficacia alla sanzione. Tale valore può variare da € 258 a € 1.549.

2. Interdittivo (in caso di conseguimento di profitti illeciti di rilevante entità o di reiterazione dell'illecito. Tali sanzioni hanno una durata variabile tra 3 mesi e i 2 anni ma possono diventare definitive nel caso di condanna per almeno tre volte negli ultimi 7 anni.

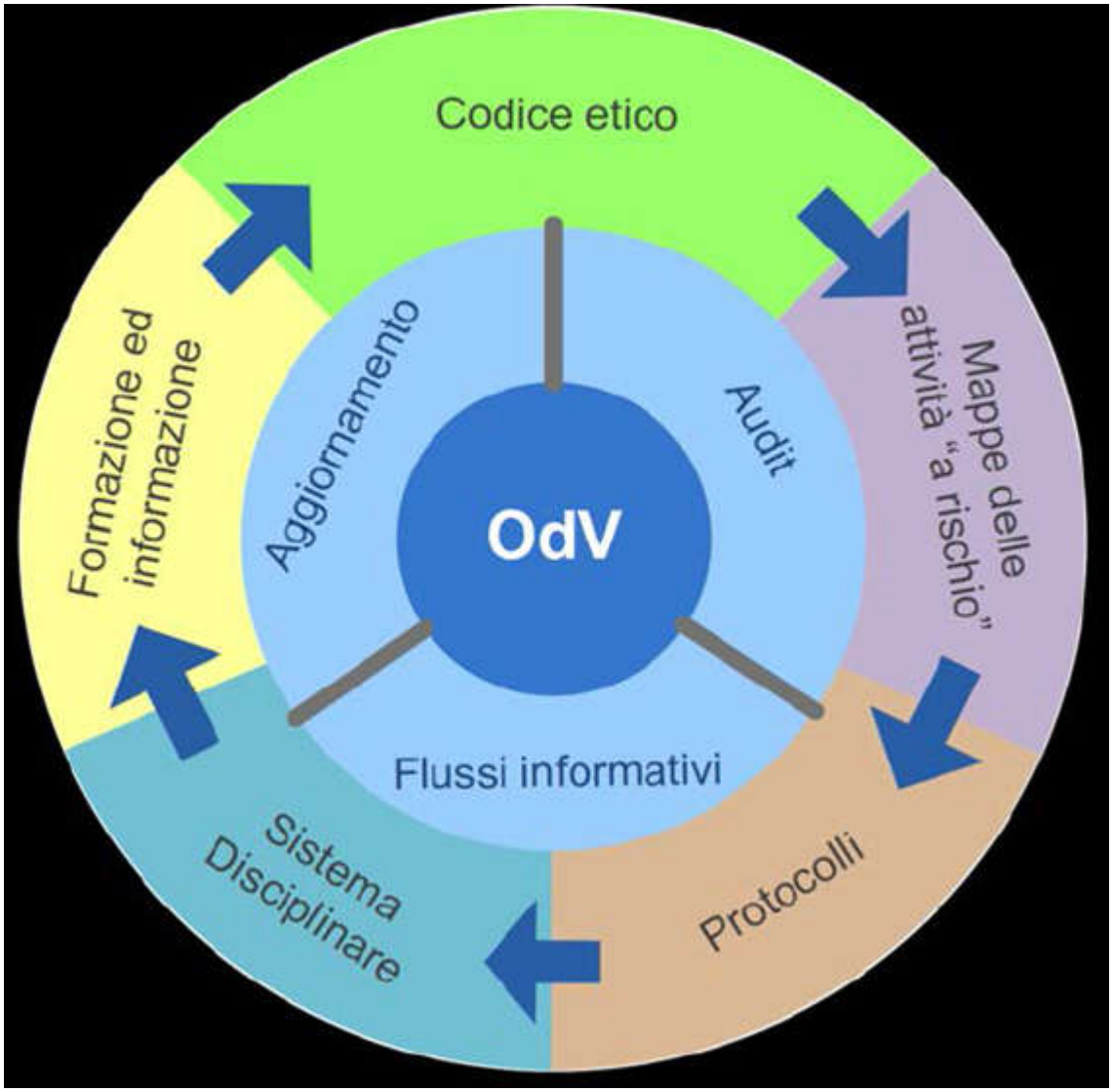
- Interdizione dall'esercizio dell' attività d'impresa;
- Sospensioni/revoca di autorizzazioni, licenze e concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- Esclusioni da agevolazioni, finanziamenti, contributi e revoca di quelli concessi;
- Le sanzioni interdittive non possono essere applicate nel caso in cui l'Ente abbia risarcito il danno , abbia eliminato le carenze organizzative o ha messo a disposizione il profitto conseguito ai fini della confisca prima dell'apertura del dibattimento in primo grado

3) Confisca del profitto derivante da reato (in misura complementare alla parte già restituita

4) Pubblicazione della sentenza (nel caso di sanzioni interdittive)

2 Modello organizzativo sviluppato dal Centro di Radiologia S.Antonio s.r.l.

Centro di Radiologia S.Antonio s.r.l ha inteso adottare la seguente metodologia nello sviluppo del proprio modello organizzativo. Tale modello di sviluppo ampiamente consolidato risponde pienamente ai requisiti previsti dalla legge.



2.1 Fasi di sviluppo del modello 231

La società ha seguito il seguente iter per lo sviluppo del proprio modello che riproduce la metodologia già adottata per sviluppare l'attuale sistema di gestione (Ciclo di Deming : Plan – Do – Check - Act)

1) Adozione di un Codice Etico di comportamento;

2) Individuazione le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati (Mappatura delle attività a rischio reato);

3) Definizione e integrazione di specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;

4) Definizione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;

5) Definizione di specifici obblighi di informazione nei confronti dell'organo di vigilanza (ODV);

6) Definizione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal modello.

3 Codice Etico

L'adozione del Modello di Organizzazione, Gestione e controllo ex D.Lgs 231-2001 (d'ora in poi "Modello 231") costituisce un impegno contrattuale sottoscritto tra la società e il Servizio Sanitario della Regione Lazio ai sensi di quanto previsto da Decreto del Commissario ad Acta n° U00324 del 6 Luglio 2015 - Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Questo documento definisce linee guida, principi di comportamento a cui l'organizzazione intende ispirarsi.

L'importanza dell'adozione del Codice Etico, se correttamente utilizzato, risiede proprio nella sua capacità di contenere dei principi di carattere etico generale che preesistono indipendentemente dal fatto che siano stati elaborati dei protocolli specifici per lo svolgimento di date attività.

Pertanto, a titolo di esempio, un dipendente che ometta di riferire fatti illeciti di cui ha avuto conoscenza, potrebbe divenire un comportamento sanzionabile indipendentemente dall'esistenza di un regolamento specifico che lo obbligava a determinate azioni.

3.1 CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO

3.1.1 Impegno della direzione all'adozione di un modello organizzativo ex D.Lgs 231/2001

Il presente Codice Etico di comportamento della società Centro di Radiologia Sant'Antonio s.r.l. di Cassino intende dare seguito alle disposizioni contenute nello schema di contratto-accordo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00261 del 7 Agosto 2014: tale accordo comporta che ciascuna struttura sanitaria della Regione Lazio che intenda proseguire ad erogare prestazioni sanitarie con il Servizio Sanitario Regionale adotti all'interno della propria organizzazione un codice etico di comportamento.

3.2 Principi generali

3.2.1 Principi etici generali

Nell'erogazione delle prestazioni sanitarie il centro di Radiologia Sant'Antonio si ispira ai principi etici di seguito enunciati, dei quali richiede l'osservanza da parte dei soggetti coinvolti nelle attività.

La Struttura si impegna a condurre la propria attività nel rispetto delle normative comunitarie,

nazionali e internazionali, respingendo la corruzione ed ogni pratica illegale. Nessun comportamento contrario alla legislazione vigente, al presente Codice Etico o alle normative regionali posto in essere dalla direzione ed – in generale - da tutti i dipendenti e collaboratori nell'esecuzione delle mansioni o degli incarichi affidati, anche se motivato dal perseguimento di un interesse o di un vantaggio della Società, può considerarsi tollerato e giustificato e comporta l'adozione di provvedimenti sanzionatori.

L'Azienda considera di fondamentale importanza che lo svolgimento delle prestazioni da parte dei dipendenti e dei collaboratori della Società sia effettuato secondo diligenza, competenza, professionalità ed efficienza anche al fine di fornire agli utenti, prestazioni di elevato livello qualitativo.

La Struttura considera l'imparzialità di trattamento un valore fondamentale nell'ambito di ogni relazione sia interna sia esterna e considera l'individuo, i suoi valori e i suoi diritti, tra i quali quello alla salute, valori da tutelare.

La struttura considera la propria immagine e la propria reputazione valori che, in quanto patrimonio comune, devono essere tutelati e sviluppati anche attraverso la piena diffusione, condivisione ed osservanza dei principi etici e di comportamento contenuti nel presente codice.

Tutti coloro che agiscono, operano e collaborano a qualsiasi titolo con il centro hanno il dovere di tenere e far tenere ai propri collaboratori ed ai propri interlocutori un comportamento conforme ai generali principi di assoluta onestà, lealtà, buona fede, correttezza e diligenza, oltre che agli specifici obblighi che possano derivare dalla deontologia e, comunque, da quei principi ritenuti dovuti in virtù del contesto e delle finalità della propria missione.

In nessun modo la convinzione di agire nell'interesse o a vantaggio della struttura può giustificare l'adozione di comportamenti in contrasto con i principi indicati nel presente Codice, in difformità ai requisiti autorizzativi previsti dal DPCA 8/2011 e i requisiti ulteriori di accreditamento

3.2.2 Destinatari del Codice Etico

Le norme del Codice Etico si applicano senza eccezione ai dipendenti della società e a tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, vi instaurano in forma sistematica rapporti e relazioni di collaborazione, cooperando allo svolgimento della sua attività ed al perseguimento dei suoi fini.

I principi del Codice Etico ispirano l'Amministratore nel dare concreta attuazione all'attività di direzione per essere un riferimento per i dipendenti e i collaboratori.

L'Amministratore deve:

- promuovere l'osservanza delle norme del Codice da parte dei "Destinatari";

- operare affinché i “Destinatari” comprendano che il rispetto delle norme del Codice costituisce parte essenziale della qualità della prestazione di lavoro e della propria attività;
- adottare misure correttive immediate quando richiesto dalla situazione;
- adoperarsi per impedire, nei limiti delle proprie competenze e attribuzioni, possibili comportamenti non conformi alla normativa vigente, al presente Codice o alle norme previste nel Sistema di Gestione Qualità interno (rif. MOD-EDOC - Elenco Documentazione vigente)

3.2.3 Obblighi dei destinatari

Tutte le azioni, le operazioni e le negoziazioni e, in genere, i comportamenti posti in essere dai “Destinatari” del presente Codice nello svolgimento dell'attività lavorativa devono essere improntati ai principi di onestà, correttezza, integrità, trasparenza, legittimità, chiarezza e reciproco rispetto.

I “Destinatari” si impegnano a collaborare attivamente alle attività di verifica – interne ed esterne – secondo le norme vigenti e le procedure interne.

Tutte le attività devono essere svolte con impegno e rigore professionale. Ciascun “Destinatario” deve fornire apporti professionali adeguati alle responsabilità assegnate e deve agire in modo da tutelare il prestigio e l’immagine della struttura e della Regione per la quale opera.

I dipendenti del centro oltre che adempiere ai doveri generali di lealtà, correttezza ed esecuzione del contratto di lavoro secondo buona fede, devono astenersi dallo svolgere attività in concorrenza con quelle dell'Azienda, rispettare le regole aziendali ed attenersi ai precetti del Codice.

I “Destinatari” devono evitare situazioni e/o attività che possano condurre a conflitti di interesse o che potrebbero interferire con la loro capacità di prendere decisioni imparziali, nella salvaguardia del miglior interesse della stessa.

I dipendenti e tutti coloro che intrattengono rapporti di collaborazione sono tenuti ad adeguare i propri comportamenti alle disposizioni ed ai principi del Codice Etico, non assumendo iniziative in contrasto con il Codice medesimo. In particolare i destinatari del Codice Etico sono tenuti all’osservanza delle disposizioni e dei principi ivi contenuti anche nel caso in cui gli stessi siano espressi quali criteri di comportamento aziendale, e non quali precetti rivolti direttamente ai destinatari medesimi.

Per tutelare la propria immagine è indispensabile che i rapporti nei confronti di soggetti esterni all’azienda siano improntati:

- alla piena trasparenza e correttezza;

- al rispetto della legge, con particolare riferimento alle disposizioni in tema di reati contro la Pubblica Amministrazione;
- all'indipendenza nei confronti di ogni forma di condizionamento, sia interno che esterno.

3.2.4 Il rapporto di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale

Il Centro di Radiologia S.Antonio è consapevole dell'importanza e del significato sociale, per la collettività, del servizio erogato. L'erogatore svolge il servizio affidato in regime di accreditamento con il servizio sanitario regionale e deve operare nel rispetto delle previsioni contenute nel Contratto stipulato con la Regione Lazio, al fine di consentire agli utenti del servizio il pieno e continuativo esercizio del proprio diritto alla libera e sicura scelta delle prestazioni sanitarie. Nell'ambito dello svolgimento della propria attività ed in considerazione della rilevanza pubblica del servizio erogato, la struttura ripone la massima cura nella valorizzazione dell'immagine della tutela alla salute.

3.2.5 Valore contrattuale del Codice Etico

L'osservanza delle norme e delle previsioni contenute nel Codice Etico costituisce parte integrante ed essenziale delle obbligazioni contrattuali derivanti dai rapporti di lavoro subordinato, per i lavoratori dipendenti, e dai regolamenti contrattuali, per i collaboratori non subordinati.

La violazione delle suddette norme costituirà inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro o di collaborazione, con ogni conseguenza di legge o di contratto.

3.3 Principi nei rapporti con i terzi

3.3.1 Principi generali

Nei rapporti con i terzi la struttura si ispira a principi di lealtà, correttezza, trasparenza ed efficienza. I dipendenti ed i collaboratori esterni dovranno seguire comportamenti corretti negli affari di interesse aziendale e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione. Sono esplicitamente proibite tutte le pratiche di corruzione, frode, truffa, favori illegittimi, comportamenti collusivi, sollecitazioni (dirette e/o attraverso terzi) di vantaggi personali e di carriera per sé o per altri. La struttura si impegna altresì ad individuare e definire specifiche modalità di gestione trasparente, documentate e tracciabili delle risorse finanziarie in entrata ed in uscita idonee ad impedire la commissione di reati.

3.3.2 Rapporti con gli utenti

La società e tutti i suoi collaboratori, devono perseguire la massima soddisfazione degli utenti,

assicurando agli stessi informazioni veritiere ed esaurienti sui protocolli clinici di cura adottati e sui servizi forniti, in modo da consentire agli stessi l'assunzione di decisioni consapevoli (cd. "consenso informato alle cure"). Il consenso del paziente a compiere un determinato trattamento medico rappresenta la condizione indispensabile per la corretta instaurazione del rapporto d'opera professionale, in attuazione di principi costituzionalmente garantiti e, in ogni caso, attuazione di un principio etico che si colloca nel rapporto tra medico e paziente.

Il paziente, all'esito della completa e complessiva valutazione della diagnosi, del trattamento sanitario proposto dal medico, dello scopo del trattamento, delle possibili alternative e dei rischi eventualmente associati al trattamento, è in grado di poter decidere liberamente se sottoporsi al trattamento prescritto, esprimendo il consenso.

Al fine di consentire un consenso informato la struttura s'impegna a:

- garantire al paziente la più idonea informazione sulle prestazioni erogate informando lo stesso delle eventuali controindicazioni;
- non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o d'altro tipo, ingannevoli o non veritieri;
- vietare l'adozione da parte di tutti i collaboratori, di comportamenti favorenti disparità di trattamento o posizioni privilegiate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Al fine di stabilire un miglior rapporto con gli utenti, la società si impegna altresì a verificare periodicamente il corretto funzionamento dell'Accettazione.

3.3.3 Rapporti con i dipendenti e con i medici responsabili

La società provvede alla più ampia diffusione del Codice Etico presso tutti i dipendenti e procede all'individuazione ed alla selezione dei collaboratori con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio, nel pieno rispetto della normativa vigente e delle procedure interne.

I dipendenti hanno l'obbligo di:

- astenersi da comportamenti contrari alle norme del Codice Etico ed esigerne il rispetto;
- rivolgersi all'Amministratore Unico in caso di necessità di chiarimenti sulle modalità di applicazione delle stesse;
- riferire tempestivamente agli Amministratori:
- qualsiasi notizia, di diretta rilevazione o riportata da altri, in merito a possibili violazioni delle norme del Codice Etico;
- qualsiasi richiesta di violare le norme che sia stata loro rivolta;
- collaborare per la verifica delle possibili violazioni con le strutture a ciò deputate.

Sono vietate le segnalazioni anonime. I dipendenti sono, quindi, tenuti a segnalare all'Amministratore unico ogni violazione del Codice Etico di cui vengano a conoscenza. Qualunque segnalazione infondata ed effettuata in mala fede al fine di arrecare nocumento a colleghi e/o collaboratori verrà considerata infrazione e sanzionata disciplinarmente. La Società pone la massima e costante attenzione nella valorizzazione delle risorse umane. A tal fine considera il criterio meritocratico, della competenza professionale, dell'onestà e della correttezza di comportamento fondamenti privilegiati per l'adozione di ogni decisione concernente la carriera e ogni altro aspetto relativo al dipendente. I dipendenti sono tenuti a porre in essere una condotta costantemente rispettosa dei diritti e della personalità dei colleghi, dei collaboratori e dei terzi, indipendentemente dalla loro posizione gerarchica all'interno dell'Azienda. I medici e i dipendenti devono utilizzare correttamente i beni aziendali messi a loro disposizione salvaguardando, in generale, il valore del patrimonio aziendale. La struttura riconosce e rispetta il diritto dei medici e dei dipendenti a partecipare ad investimenti, affari o ad attività di altro genere al di fuori di quella svolta nell'interesse dell'Azienda stessa, purché si tratti di attività consentite dalla legge e/o CCNL di settore, nonché compatibili con gli obblighi assunti in qualità di dipendenti. In ogni caso, i dipendenti devono evitare tutte le situazioni e tutte le attività in cui si possa manifestare un conflitto con gli interessi della struttura o che possano interferire con la loro capacità di assumere, in modo imparziale, decisioni nel migliore interesse dell'Erogatore e nel pieno rispetto delle norme del Codice Etico. Ogni situazione che possa costituire o determinare un conflitto di interesse deve essere tempestivamente comunicata all'Amministratore . In particolare tutti i medici e i dipendenti sono tenuti ad evitare conflitti di interesse tra le attività economiche personali e familiari e le mansioni/funzioni che ricoprono all'interno della struttura di appartenenza. Sono tenuti a curare le proprie competenze e coltivare la propria professionalità, maturando esperienza e collaborazione, stimolando la crescita professionale dei propri collaboratori; a contribuire, mediante il costante impegno professionale ed il corretto comportamento personale, al raggiungimento e mantenimento degli obbiettivi di eccellenza propri dell'Erogatore nell'erogazione dei servizi sanitari, didattici e scientifici; ad aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente; ad osservare scrupolosamente i precetti previsti dai Codici Deontologici nella misura applicabile al loro operato. In particolare ai dipendenti, collaboratori e medici è vietato:

- utilizzare strumenti di persuasione scientifica o di altro genere i cui contenuti siano ingannevoli o comunque non veritieri;
- erogare prestazioni non necessarie o dichiarare prestazioni non effettivamente erogate;
- utilizzare codici SIAS diversi dai codici corrispondenti alla prestazione effettivamente erogata;
- duplicare la fatturazione della medesima prestazione o non emettere note di credito qualora siano state fatturate, anche per errore, prestazioni inesistenti o non finanziabili;

- tenere comportamenti che tendano ad alterare la corretta gestione delle liste d'attesa;
- alterare o manomettere i contenuti dei referti in ogni sua parte;
- ove applicabile, usufruire, per proprie finalità, di metodologie, dei rapporti o di attività sviluppata dalla struttura e di cui quest'ultima è titolare dei diritti di proprietà individuale.

3.3.4 Rapporti con i collaboratori e con i consulenti

La struttura procede all'individuazione ed alla selezione dei collaboratori e dei consulenti con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio. Quanto stabilito al punto precedente per i dipendenti vale anche per i collaboratori e consulenti esterni, nei limiti dei rapporti intrattenuti con la struttura. Comportamenti contrari ai principi espressi nel Codice Etico possono essere considerati grave inadempimento ai doveri di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto, motivo di lesione del rapporto fiduciario e giusta causa di risoluzione dei rapporti contrattuali.

3.3.5 Rapporti con i fornitori

Nello svolgimento della propria attività e nella gestione delle relazioni con i clienti, il nostro centro si attiene scrupolosamente alle norme di legge, ai principi del presente Codice, ai contratti in essere ed alle procedure interne.

I dipendenti addetti ai rapporti con i fornitori e con i prestatori di servizi (ove diversi dall'Amministratore) devono procedere alla selezione degli stessi ed alla gestione dei relativi rapporti secondo criteri di imparzialità e di correttezza, evitando situazioni di conflitto di interessi anche potenziale con i medesimi, segnalando all'Ufficio preposto l'esistenza o l'insorgenza di tali situazioni.

Nei rapporti di fornitura di beni e servizi è fatto obbligo ai "Destinatari" delle norme del presente Codice di:

- osservare le procedure interne per la selezione e la gestione dei rapporti con i fornitori;
- non precludere ad alcuna azienda fornitrice in possesso dei requisiti richiesti la possibilità di competere per aggiudicarsi una fornitura, adottando nella selezione criteri di valutazione oggettivi, secondo modalità dichiarate e trasparenti;
- mantenere un dialogo aperto con i fornitori, in linea con le buone consuetudini commerciali, ma liberi da obblighi personali;
- non accettare beni o servizi da soggetti esterni o interni a fronte dell'ottenimento di notizie riservate o dell'avvio di azioni o comportamenti volti a favorire tali soggetti, anche nel caso non vi siano ripercussioni dirette per la società;

- segnalare immediatamente qualsiasi tentativo o caso di immotivata alterazione dei normali rapporti commerciali agli Amministratore.

Gesti di cortesia commerciale, come omaggi o forme di ospitalità, sono ammessi solo nel caso in cui siano di modico valore e comunque tali da non pregiudicare l'integrità o l'indipendenza di giudizio di una delle parti e da non poter essere intesi come finalizzati ad ottenere vantaggi in modo improprio. In ogni caso, tale tipologia di spesa deve essere sempre autorizzata dal proprio Responsabile e documentata in modo adeguato. Inoltre, è fatto divieto di ricevere e/o richiedere omaggi o trattamenti di favore non attribuibili a normali relazioni di cortesia. In tale ultima ipotesi è fatto obbligo di segnalare formalmente la situazione al proprio Responsabile.

Per particolari tipologie di beni/servizi, oltre ai normali criteri di selezione, occorre considerare anche l'esistenza concreta di adeguati sistemi di qualità aziendali.

3.3.6 Rapporti con gli altri erogatori

La struttura rispetta rigorosamente le disposizioni di legge in materia di concorrenza e si astiene dal porre in essere comportamenti ingannevoli, collusivi e, più in generale qualunque comportamento che possa integrare una forma di concorrenza sleale.

3.3.7 Rapporti con la Pubblica Amministrazione

Il centro di radiologia S.Antonio di Cassino adotta nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione, con la ASL, con gli organi di P.S. e con gli Enti che svolgono attività di pubblica utilità o di pubblico interesse, la più rigorosa osservanza delle normative comunitarie, nazionali e regionali applicabili.

La gestione di trattative, l'assunzione di impegni e l'esecuzione di rapporti, di qualsiasi genere, con la Pubblica Amministrazione è riservata in via esclusiva all'Amministratore . Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, ogni dipendente, collaboratore o consulente, non deve cercare di influenzare impropriamente le decisioni dell'istituzione interessata, al fine di ottenere l'esercizio di una sua funzione o di un suo potere o il compimento di atti non conformi o contrari ai doveri di ufficio, in particolare offrendo o promettendo autonomamente o a seguito di induzione, direttamente o indirettamente, doni, denaro, favori o utilità di qualunque genere.

Il dipendente o il collaboratore che dovesse ricevere indicazioni di operare in violazione dei termini sopra esposti è tenuto a darne immediata comunicazione all'Organismo di Vigilanza previa sospensione di ogni rapporto.

In ogni caso, la Struttura assicura piena trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, prospetti ed avvisi diretti alla Pubblica Amministrazione.

I Destinatari sono tenuti ad astenersi rigorosamente dall'esibire documenti falsi e/o alterati alla

PA, ovvero sottrarre e/o omettere l'esibizione, se dovuta, di documenti, informazioni o dati di qualsiasi tipo, ovvero dal tenere una condotta tendente a trarre in inganno la PA, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle attività relative alle pratiche ambulatoriali.

Ogni operazione erogata per conto del SSN deve essere legittima, congrua e adeguatamente documentata, al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che consentano di verificarne le caratteristiche e le motivazioni e di individuare i soggetti che hanno autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa.

3.3.8 Rapporti con gli enti e le associazioni

La società:

- non finanzia partiti, i loro rappresentanti e candidati e si astiene da qualsiasi pressione impropria (diretta o indiretta) nei confronti di esponenti politici;
- può aderire a richieste di contributi provenienti da Enti e Associazioni senza fini di lucro; le eventuali attività di sponsorizzazione possono riguardare i temi della medicina e della ricerca scientifica, del sociale, dell'ambiente, dello sport, dello spettacolo e dell'arte e sono destinate solo ad eventi che offrano garanzia di qualità. In ogni caso, nella scelta delle proposte a cui aderire, la struttura è attenta a prevenire e ad evitare ogni possibile conflitto di interessi di ordine personale o della struttura in quanto tale.

3.3.9 Rapporti con i soggetti di vigilanza e di controllo

La Società impronta i propri rapporti con i soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo alla massima collaborazione nel pieno rispetto del loro ruolo, della loro autonomia e del loro potere di iniziativa, impegnandosi a dare sollecita esecuzione alle loro prescrizioni. La Società si impegna a fornire - anche se necessario in via preventiva - tutte le informazioni richieste dai soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo dei servizi erogati, in maniera completa, corretta, adeguata e tempestiva. A tal fine, la struttura predispone ed attua le apposite e opportune procedure organizzative deputate ad individuare i soggetti competenti a coordinarsi con gli organi di vigilanza e controllo, nonché a provvedere alla raccolta, elaborazione e trasmissione delle informazioni richieste da tali soggetti.

3.3.10 Rapporti con le organizzazioni sindacali

La Struttura non intrattiene , di norma, rapporti con le Organizzazioni Sindacali.

3.3.11 Rapporti con i mezzi di comunicazione di massa

La società si rivolge agli organi di stampa e di comunicazione di massa unicamente attraverso l'Amministratore Unico in un atteggiamento di massima correttezza, disponibilità e trasparenza, nel rispetto della politica di comunicazione definita dalla struttura e nel rispetto della normativa regionale vigente in materia. I dipendenti non possono fornire informazioni di qualsivoglia natura ai rappresentanti della stampa e dei mass media in genere, né avere con questi alcun tipo di contatto volto alla diffusione di notizie aziendali, senza l'autorizzazione della Direzione.

3.4 Ambiente, salute e Sicurezza

La struttura considera l'ambiente e la natura valori fondamentali e patrimonio di tutti, da tutelare e da difendere. A tal fine la struttura, nell'ambito delle proprie attività, è impegnata a contribuire allo sviluppo e al benessere delle comunità in cui opera, perseguendo l'obiettivo di garantire la sicurezza e la salute dei dipendenti, dei collaboratori esterni, degli utenti. Il nostro centro si impegna a gestire le proprie attività nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di ambiente, salute, sicurezza sul lavoro.

La gestione operativa deve fare riferimento a criteri avanzati di salvaguardia ambientale e di efficienza energetica perseguendo il miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro. La ricerca e l'innovazione tecnologica devono essere dedicate in particolare alla promozione di prodotti e processi sempre più compatibili con l'ambiente e caratterizzati da una sempre maggiore attenzione alla sicurezza e alla salute degli operatori. La Società si impegna a diffondere una cultura della sicurezza sul lavoro sviluppando la consapevolezza dei rischi, e promuovendo comportamenti responsabili da parte di dipendenti e collaboratori, i quali nell'ambito delle proprie mansioni e funzioni, partecipano al processo di prevenzione dei rischi, di salvaguardia dell'ambiente e di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro nei confronti di se stessi, dei colleghi e dei terzi.

Le misure generali per la protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori che la nostra struttura si impegna ad adottare sono:

- valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- riduzione dei rischi alla fonte;
- programmazione della prevenzione;
- misure igieniche e controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave ed immediato;
- regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine ed impianti;
- informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro

rappresentanti, sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro.

3.5 Principi nelle attività contabili e di trattamento dei dati

3.5.1 Registrazioni contabili

La società osserva le regole di corretta, completa e trasparente contabilizzazione, secondo i criteri indicati dalle disposizioni legislative in materia, ivi incluse quelle penalistiche, civilistiche e fiscali, nonché dai vigenti Principi Contabili definiti dalle apposite Commissioni professionali.

L'attività di registrazione contabile è affidata all'esterno ad uno studio commercialista.

Nell'attività di contabilizzazione dei fatti relativi alla gestione della struttura, i dipendenti e i collaboratori sono tenuti a rispettare scrupolosamente la normativa vigente e le procedure interne in modo che ogni operazione sia, oltre che correttamente registrata, anche autorizzata, verificabile e legittima.

I dipendenti ed i commercialisti sono tenuti ad agire con trasparenza e a prestare a questi la massima collaborazione nello svolgimento delle rispettive attività di verifica e controllo.

Per ogni operazione è conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire:

- l'agevole registrazione contabile;
- l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità;
- la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi.

Ciascuna registrazione deve riflettere esattamente ciò che risulta dalla documentazione di supporto.

È compito di ogni "Destinatario" far sì che la documentazione sia facilmente rintracciabile e ordinata secondo criteri logici. I "Destinatari" che venissero a conoscenza di omissioni, falsificazioni, trascuratezze della contabilità o della documentazione su cui le registrazioni contabili si fondano, sono tenuti a riferire tempestivamente all'Amministratore Unico al fine di consentire l'attivazione delle procedure di verifica ad opera degli organismi

di controllo.

3.5.2 Tutela della privacy

Le attività erogate dalla struttura richiedono costantemente l'acquisizione, la conservazione, il trattamento, la comunicazione e la diffusione, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di notizie, documenti ed altri dati attinenti a negoziazioni, procedimenti amministrativi, operazioni finanziarie, know how (contratti, atti, relazioni, appunti, studi, disegni, fotografie,

software), etc.

Le banche-dati possono contenere, anche su supporti informatici o telematici:

- dati personali protetti dalla normativa a tutela della privacy;
- dati che per accordi negoziali non possono essere resi noti all'esterno;
- dati la cui divulgazione inopportuna o intempestiva potrebbe produrre danni agli interessi aziendali.

Tutte le attività inerenti il trattamento, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di dati personali o riservati devono essere gestite nella più stretta osservanza delle disposizioni normative vigenti in materia. È obbligo di ogni "Destinatario" assicurare la riservatezza richiesta dalle circostanze per ciascuna notizia appresa in ragione della propria funzione lavorativa. Ci si impegna a proteggere le informazioni relative ai propri dipendenti e ai terzi, generate o acquisite all'interno e nelle relazioni d'affari, e ad evitare ogni uso improprio di queste informazioni. Le informazioni, conoscenze e dati acquisiti o elaborati dai "Destinatari" durante il proprio lavoro o attraverso le proprie mansioni appartengono all'Azienda e non possono essere utilizzate, comunicate o divulgate senza specifica autorizzazione del superiore o della funzione competente. Fermo restando il divieto di divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa o di farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio, ogni "Destinatario" dovrà:

- acquisire e trattare solo i dati necessari ed opportuni per lo svolgimento delle proprie funzioni;
- acquisire e trattare i dati stessi solo all'interno di specifiche procedure;
- conservare i dati stessi in modo che venga impedito che altri non autorizzati ne prendano conoscenza;
- comunicare i dati stessi nell'ambito di procedure prefissate e/o su esplicita autorizzazione delle posizioni superiori e/o funzioni competenti e comunque, in ogni caso, dopo essersi assicurato circa la divulgabilità nel caso specifico dei dati;
- assicurarsi che non sussistano vincoli assoluti o relativi alla divulgabilità delle informazioni riguardanti i terzi collegati all'Azienda da un rapporto di qualsiasi natura e, se del caso, ottenere il loro consenso;
- associare i dati stessi con modalità tali che qualsiasi soggetto autorizzato ad avervi accesso possa agevolmente trarne un quadro il più possibile preciso, esauriente e veritiero.

Con riferimento al rapporto con gli utenti si rinvia al paragrafo 3.2.

3.6 Politiche del personale

3.6.1 Rapporti con le risorse umane

La struttura ribadisce il proprio impegno a combattere qualunque tipo di discriminazione sul luogo di lavoro a causa del sesso, della nazionalità, della religione, delle opinioni politiche, sindacali e personali, delle condizione economiche. La struttura ribadisce l'impegno a preservare l'integrità morale e fisica dei propri dipendenti, medici, collaboratori e consulenti.

3.6.2 Molestie sul luogo di lavoro

La struttura esige che nelle relazioni di lavoro interne ed esterne non venga dato luogo a molestie intendendo come tali:

- la creazione di un ambiente di lavoro intimidatorio, ostile o di isolamento ;
- la ingiustificata interferenza con l'esecuzione di prestazioni lavorative altrui;
- l'ostacolo a prospettive di lavoro individuali altrui per meri motivi di competitività personale.

L'Azienda previene, per quanto possibile, e comunque perseguita il mobbing e le molestie personali di ogni tipo e quindi anche sessuali.

3.6.3 Abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti

La struttura richiede che ciascun "Destinatario" contribuisca personalmente a mantenere l'ambiente di lavoro rispettoso della sensibilità degli altri. Nel corso dell'attività lavorativa e nei luoghi di lavoro è fatto divieto assoluto:

- prestare servizio sotto gli effetti di abuso di sostanze alcoliche, di sostanze stupefacenti o di sostanze di analogo effetto;
- consumare o cedere a qualsiasi titolo sostanze stupefacenti nel corso della prestazione lavorativa.

L'Azienda si impegna a favorire le azioni sociali previste in materia dalla legislazione vigente.

3.6.4 Fumo

Nel rispetto della vigente normativa è vietato fumare nei luoghi di lavoro.

3.6.5 Utilizzo di beni aziendali

E' compito di ogni dipendente custodire con cura e rispetto i beni aziendali evitando usi impropri

dei beni di cui dispone per ragioni d'ufficio. Non è ammesso l'uso difforme dei beni e delle risorse di proprietà dell'azienda fornite in dotazione al personale e ai collaboratori.

3.7 Verifiche

3.7.1 Controlli interni

I "Destinatari" devono essere consapevoli che è stato sviluppato un Sistema di Gestione Integrato per la Qualità e per la prevenzione dei reati ex D.Lgs 231-2001 conforme ai requisiti organizzativi previsti dalla regione Lazio per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria (di cui al DPCA 90-2010 e s.m.i) e ai requisiti ulteriori di accreditamento (ex DGR 626-2007) .

Per controlli interni si intendono tutti gli strumenti necessari o utili a indirizzare, gestire e verificare le attività aziendali con l'obiettivo primario di assicurare il rispetto delle leggi e dei provvedimenti regionali, proteggere i beni aziendali, erogare efficientemente le attività sanitarie e fornire dati contabili e finanziari accurati e completi.

In questo quadro, alla luce della vigente normativa in materia, detto sistema di gestione dovrà, altresì, garantire la struttura dal rischio di incorrere nella "responsabilità amministrativa da reato" e nelle sanzioni conseguenti, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 231/2001 e s.m.i.

La responsabilità di creare un sistema di controllo interno efficace è comune ad ogni livello operativo. Conseguentemente tutti i "Destinatari", nell'ambito delle funzioni svolte, sono responsabili della definizione, attuazione e corretto funzionamento dei controlli inerenti le aree operative loro affidate. Nell'ambito delle loro competenze, ogni collaboratore è tenuti a essere partecipi del sistema di controllo aziendale.

3.7.2 Registrazione delle operazioni

Tutte le prestazioni dell'ambulatorio devono avere una registrazione adeguata, al fine di assicurare un'efficace e concreta tracciabilità delle stesse, e deve essere possibile la verifica del processo di decisione, autorizzazione e di svolgimento.

Per ogni operazione vi deve essere un adeguato supporto documentale al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa.

3.7.3 Segnalazioni e obbligo di comunicazione all'Amministratore ovvero all'ODV

Tutti i Destinatari del Codice sono tenuti a segnalare tempestivamente all' Amministratore Unico ogni comportamento contrario a quanto previsto dal codice stesso, dalle norme di legge nazionali e regionali e dalle procedure interne. La struttura si è adoperata al fine di attivare canali di

comunicazione dedicati (es. casella di posta elettronica dedicata presso cui inviare le eventuali segnalazioni in ordine al mancato rispetto dei dettami di cui al presente Codice).

I segnalanti saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione; sarà inoltre garantita la riservatezza dell'identità del segnalante fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della società o delle persone accusate erroneamente e/o in malafede.

3.8 Conseguenze della violazione del disposto del Codice Etico

3.8.1 Organismo di vigilanza

La società si avvale della facoltà di nominare come Organo di Vigilanza l'Amministratore Unico ai sensi dell'art. 6 comma 4 del D.Lgs 231-2001 ricorrendo le condizioni economico organizzative che la classificano come impresa di piccole dimensioni.

L'organismo di vigilanza dovrà:

- garantire la massima diffusione del Codice Etico e delle procedure adottate , mediante un adeguato piano di informazione e sensibilizzazione volto a favorire la conoscenza dei principi e delle regole ivi contenuti;
- assicurare l'aggiornamento costante del Codice Etico e delle procedure, in relazione alla loro concreta efficacia ed al mutamento delle esigenze aziendali e della normativa vigente;
- svolgere verifiche, anche preventive, in ordine ad ogni notizia di violazione delle norme del Codice Etico e del Regolamento di Organizzazione, Gestione e Controllo, valutando i fatti ed assumendo - in caso di accertata violazione - adeguate misure sanzionatorie;
- Tenuto conto delle molteplici responsabilità ed attività a cui quotidianamente l'amministratore unico deve applicarsi, è facoltà dello stesso di avvalersi di professionalità esterne ai quali affidare l'incarico di effettuare periodiche verifiche sul rispetto e sull'efficacia del modello senza che tuttavia questa delega faccia venire meno la sua responsabilità in ordine alla funzione di vigilanza. Qualora l'organo dirigente ritenga di non avvalersi di tale supporto esterno e intenda svolgere personalmente tale attività di verifica è opportuna in via cautelativa, nei confronti dell'autorità giudiziaria eventualmente chiamata ad analizzare l'efficacia del modello e dell'azione di vigilanza, la stesura di un verbale delle attività di controllo svolte opportunamente controfirmato dal dipendente sottoposto a verifiche.

3.8.2 Diffusione del Codice Etico

In ogni caso la società si impegna a comunicare a tutti i soggetti Destinatari del presente codice i

valori ed i principi ivi contenuti, a garantirne la diffusione interna ed esterna, mediante:

- la distribuzione a tutti i componenti degli Organi Sociali, ai medici, ai collaboratori e ai dipendenti;
- l'affissione in un luogo accessibile e la pubblicazione sul sito internet aziendale;

In aggiunta, l'Amministratore Unico può organizzare periodiche iniziative di formazione sui principi previsti dal Codice stesso.

3.8.3 Conseguenze della violazione del codice per i dipendenti

Il mancato rispetto e/o la violazione delle regole di comportamento imposte dal Codice Etico e delle procedure aziendali, ad opera di lavoratori dipendenti della Società costituisce inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro ed illecito disciplinare. Con riferimento alle sanzioni irrogabili, si precisa che esse saranno applicate nel rispetto di quanto previsto dal sistema disciplinare attualmente vigente applicabile alle diverse categorie professionali e che l'adozione delle stesse dovrà avvenire con il rispetto delle previsioni sancite nella richiamata normativa. Tali sanzioni saranno applicate sulla base delle rilevanze che assumono le singole fattispecie considerate e verranno proporzionate in base alla loro gravità. La gestione dei procedimenti disciplinari e l'irrogazione delle sanzioni restano di competenza delle funzioni aziendali a ciò preposte e delegate.

3.8.4 Conseguenze della violazione del codice per i dirigenti, amministratori

In caso di violazione, da parte del medico responsabile , delle procedure interne e del Codice etico, l'amministratore valuterà i fatti e i comportamenti e assumerà le opportune iniziative nei confronti dei responsabili tenuto presente, che tali violazioni costituiscono inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro.

3.8.5 Conseguenze della violazione del codice per i collaboratori, i consulenti e altri terzi

Ogni comportamento posto in essere dai collaboratori, dai consulenti o da altri terzi collegati da un rapporto contrattuale non di lavoro dipendente, in violazione delle previsioni del Codice Etico, potrà determinare, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole inserite nelle lettere di incarico, la risoluzione del rapporto contrattuale, fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni, anche indipendentemente dalla risoluzione del rapporto contrattuale.

4 Mappatura della attività a rischio di reato

4.1 Obiettivi e metodologia adottata

La mappatura delle attività a rischio di reato effettuato costituisce l'elemento informativo analitico di base utilizzato dal Centro di Radiologia S.Antonio per l'impostazione e l'aggiornamento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo. Con tale attività si è inteso provvedere a:

- Individuare i reati pertinenti e le attività operative potenzialmente coinvolte (valutazione del rischio lordo);
- Effettuare un'analisi organizzativa orientata ad individuare le misure preventive implicitamente adottate per la gestione dei rischi rilevati;
- Sulla base del rischio residuo individuato (tenuto conto dell'analisi organizzativa effettuata) individuare le misure preventive adottate per ridurre i rischi di reato ad un livello accettabile.

4.2 Valutazione del rischio lordo (inherent risk) nelle funzioni aziendali (risk assessment)

Sulla base dei reati coperti dal D.Lgs 231-2001 opportunamente aggiornato con le ultime modifiche normative si è provveduto ad effettuare una prima valutazione del rischio di commissione di reati tenendo conto della specifica operatività aziendale ma al "lordo" (ovvero indipendentemente) delle misure organizzative e/o procedure di controllo adottate dall'azienda.

4.2.1 Criteri di valutazione del rischio di reato

Al fine di pervenire ad una valutazione quanto più possibile oggettiva stabilita a priori del rischio si è proceduto ad implementare un sistema di valutazione del rischio che tenga conto sia delle possibilità di accadimento del reato che dell'entità del danno che la società trarrebbe da tale commissione.

Pertanto Il rischio amministrativo per i reati ex D.Lgs 231/2001 è stato così determinato:

- Rischio aziendale lordo = Probabilità di accadimento del reato X Entità del danno

La probabilità di accadimento è stata valutata con un indice qualitativo variabile da 1 (bassa) a 4 (alta) in relazione alla numerosità delle possibilità di reato.

Eventi a rischio (base annua)	Probabilità
1	MOLTO BASSA
2	BASSA

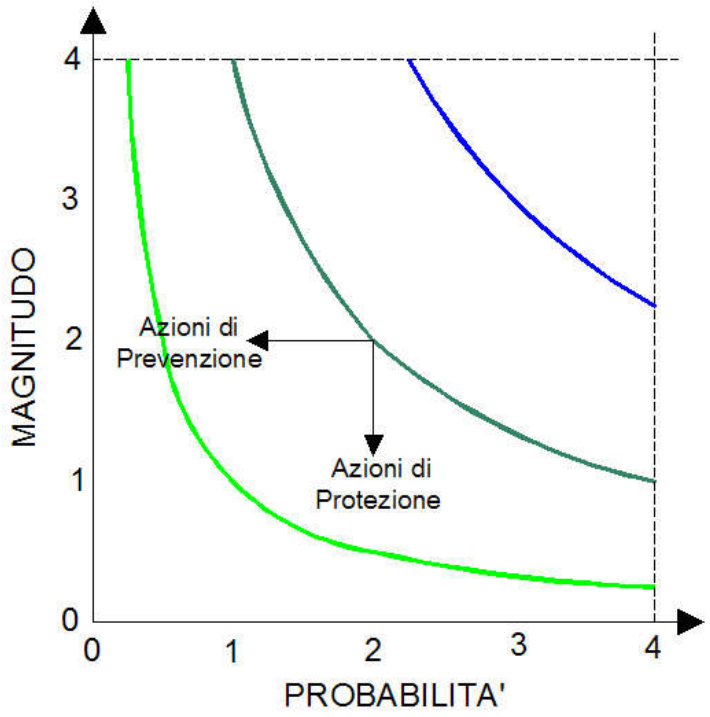
3	MEDIA
4	ALTA

L'entità del danno è stata invece valutata considerando come riferimento le sanzioni pecuniarie ed interdittive che deriverebbero qualora fosse accertata la colpa organizzativa in assenza di un modello organizzativo idoneo alla prevenzione dei reati contestati.

Pertanto è stato assegnato un valore da 1 (basso) a 4 (alto) sulla base della seguente tabella:

Reati con quote	Entità del danno
100-350	BASSO
350-600	MEDIO
600-850	MEDIO-ALTO
850-1000	ALTO

Il prodotto dei valori ottenuti da luogo ad un indice di rischiosità aziendale basato sul risultato ottenuto variabile da 1 (valore più basso) a 16 (valore più alto) come appresso riportato



Valore	RISCHIO	Principi di azione preventiva sulle attività coinvolte	Rivalutazione misure preventive
1-4	BASSO	• Specifica previsione nel Codice Etico	UN ANNO
5-9	MEDIO	• Specifica previsione nel Codice Etico • Individuazione delle misure preventive	SEI MESI
10-16	ALTO	• Specifica previsione nel Codice Etico • Individuazione delle misure preventive • Adozione di sistemi di tracciamento (anche informatizzato) delle operazioni svolte con sistemi di verifica automatizzati e/o semiautomatizzati	IMMEDIATAMENTE

4.2.2 Ipotesi operative adottate

La valutazione del rischio lordo dovrà essere modificata ed aggiornata in considerazione di mutamenti significativi dell'organizzazione quali :

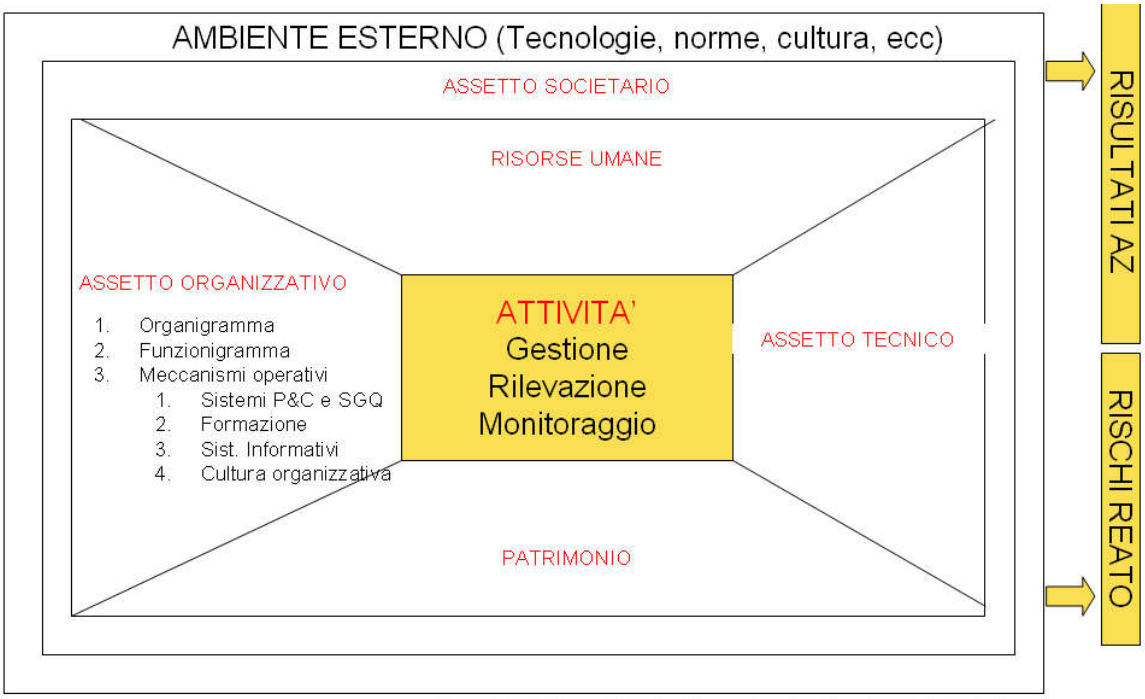
- introduzione di nuove attività significativamente diverse da quelle rilevate e tali da fare insorgere nuovi rischi di reato;
- trasformazione della società in società per azioni ovvero modifiche dell'assetto societario;
- aggiornamenti normativi del D.Lgs 231-2001 tali da determinare l'insorgenza, la modifica o cessazione di rischio di reato.

4.3 Analisi organizzativa orientata alla individuazione delle misure preventive implicitamente adottate per la gestione dei rischi rilevati

Il secondo passo seguito per individuare le attività che effettivamente possono comminare un di

reato è stato quello di effettuare una effettuare una analisi organizzativa della società Centro di Radiologia S.Antonio con l'obiettivo di evidenziare eventuali misure preventive già implicitamente adottate per la gestione dei rischi rilevati nella fase precedente.

A tale riguardo si è fatto ricorso ad un modello di analisi ampiamente consolidato in letteratura che considera l'azienda e i risultati che ottiene come la risultante della combinazione di una "variabili" organizzative qui appresso riportate



Fonte: Airoldi,Brunetti,Coda – Economia aziendale adattato da G. Sciò

Ciascuno degli aspetti organizzativi considerati è stato opportunamente analizzato. Nei paragrafi seguenti sono evidenziati i risultati dell'analisi effettuata precisando che ogni modifica di tali variabili dovrà necessariamente comportare una rivalidazione del modello organizzativo

4.3.1 Contesto esterno

Sono stati presi in considerazione i seguenti elementi:

- La struttura opera in regime di accreditamento per le prestazioni ambulatoriali di diagnostica per immagini e Medicina Fisica e Riabilitazione
- La struttura ha aderito al nuovo schema – accordo ex art9 del d:lgs 502 -92 di cui al D. 324-2015 che prevede tra i diversi obblighi l'impegno di adottare il modello organizzativo idoneo alla prevenzione dei reati conforme ai requisiti previsti dal D.Lgs 231-2001

4.3.2 Assetto societario

L'esame dell'assetto societario ha preso in esame i seguenti elementi

- Statuto della società;
- Visura camerale del 01/12/2015;
- Ogni altro elemento utile alla comprensione dell'assetto societario dedotto da interviste dirette con il personale

Ai fini dello sviluppo del modello organizzativo ex D.Lgs 231-2001 si rileva in particolare che :

- La data di costituzione della società è il 24/12/1980
- L'attività esercitata risultante dalla visura camerale (01/12/2015) risulta essere la seguente:
  - 86.90.11- Laboratori radiografici e laboratori di diagnostica per immagini (Attività primaria)
  - 86.90.21- Fisioterapia
- Il capitale sociale della società è di € 10.400 integralmente versato. Le quote sociali sono così ripartite:

Socio		Quota
Pagnani Achille		33,33%
Pagnani Antonio		33,34%
Pagnani Enzo		33,33%

- Tra i soci intercorrono rapporti di parentela diretti (i soci sono fratelli e figli dell'Amministratore Unico dott. Ulderico Pagnani
- La forma amministrativa adottata prevede la nomina di Amministratore Unico con funzioni di rappresentanza legale della società . Attualmente l'Amministratore Unico della società è il signor Ulderico Pagnani dal con incarico a tempo indeterminato;
- I poteri da statuto prevedono il conferimento all'Amministratore unico di tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione , nonché la firma sociale e la legale rappresentanza della società;

- Non risulta l'esistenza di procure generali o speciali che attribuiscano facoltà di rappresentanza a soggetti diversi dall'Amministratore Unico;

4.3.3 Assetto tecnico

L'esame dell'assetto tecnico ha preso in considerazione la sede operativa dove vengono svolte le attività del Centro di Radiologia S.Antonio. Sulla base dell'intervista con l'Amministratore è risultato che:

- le attività e le immobilizzazioni materiali della società centro di Radiologia S.Antonio s.r.l sono integralmente ubicate nella sede legale ed operativa;
- Non sono al momento svolte attività di assistenza presso il domicilio dei paziente

4.3.4 Patrimonio

L'esame dello stato patrimoniale ha evidenziato le seguenti valutazione:

- Le immobilizzazioni materiali lorde al 31/12/2014 ammontano a € 1.255.964 e sono costituite da un immobile A/10 sito in via Sferracavalli snc di Cassino, destinato ad essere utilizzato come attività sanitaria e dal valore dei macchinari posseduti.
- Si rileva che al momento l'immobile risulta momentaneamente inutilizzato.
- I debiti iscritti in bilancio sono totalmente attribuibile alle esigenze di funzionamento dell'azienda. Non sono attribuibile a debiti verso banche

4.3.5 Risorse umane ed assetto organizzativo

In questa fase sono stati presi in esame i seguenti documenti interni aziendali opportunamente aggiornati:

1) Organigramma (MOD-ORGA) aggiornato al 17/12/2015;

2) Dotazione organica aggiornato al 17/12/2015;

3) Descrizione analitica delle mansioni previste;

4) Ulteriori documenti utili a dedurre la presenza di meccanismi operativi suscettibili di influenzare il comportamento degli operatori verso gli obiettivi aziendali (ma anche di nella commissione di reati di cui al D.Lgs 231-2001). Tali sono, se esistenti, i sistemi di programmazione e controllo di gestione interni, sistemi di incentivazione del personale, i sistemi informativi , la formazione e cultura organizzativa

Ai fini dello sviluppo del modello organizzativo ex D.Lgs 231 si rileva che:

- Il numero dei collaboratori sistematicamente impiegati risulta inferiore a 10 e che tutti i

soci collaborano stabilmente e a diverso titolo nella società esercitando in via indiretta una forma di vigilanza

- Gli accordi con il Direttore Sanitario e con i medici responsabili non prevedono meccanismi di incentivazione della produttività.
- L'accesso alla informazioni amministrative e dispositive è riservata unicamente all'Amministratore Unico.

4.3.6 Sentenze passate in giudicato in cui stata riconosciuta una responsabilità penale a carico degli organi dirigenti e dei soci

Negli ultimi cinque anni la società dichiara di non aver ricevuto condanne per reati connessi al D.Lgs 231-2001, né a carico dell'Amministratore Unico, dott. Ulderico Pagnani

4.3.7 Qualificazione della dimensione aziendale

Dall'esame degli ultimi bilanci e della dotazione organica è emerso che la società è qualificabile tra la micro impresa sulla base della raccomandazione della Commissione europea, 6.5.2003, n 1442 che definisce microimpresa: quella che occupa meno di 10 persone e realizza un fatturato annuo oppure un totale di bilancio annuo non superiori a 2 milioni di euro;

4.4 Individuazione delle misure preventive e sistemi di controllo per la mitigazione del rischio esistente

Alla luce delle considerazioni effettuate nei paragrafi precedenti l'Assemblea dei Soci ha individuato le seguenti misure di prevenzione implicita affidando al dott. Ulderico Pagnani la funzione di Amministratore Unico e di Organo di Vigilanza in quanto dotato di requisiti di moralità e della totale fiducia personale e professionale necessaria all'espletamento dei ruoli sopra menzionati. Tale affidamento dovrà essere approvato con delibera dell'Assemblea dei Soci . Si prende atto che ogni mutamento della compagine sociale (ad esempio entrata di un nuovo socio) comporta la automatica decadenza dell'Organo di Vigilanza e della validità dell'intero modello .

Alla luce dei rischi individuati qui di seguito di riportano le attività aziendali ritenute a rischio su cui la società ha inteso introdurre o modificare i propri regolamenti interni:

1) Gestione della Documentazione;
2) Gestione delle Risorse Umane

3) Gestione della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

4) Gestione delle risorse tecnologiche e strutturali

5) Gestione delle attività di verifica effettuata da pubblici ufficiali

6) Accettazione

7) Esecuzione della prestazione

   a. Ecografia

   b. Risonanza Magnetica

   c. Radiologia tradizionale

   d. Mineralogia Ossea Computerizzata

   e. Prestazioni di fisioterapia

8) Refertazione

9) Rendicontazione delle prestazioni erogate per conto della Pubblica Amministrazione

10) Gestione dei flussi informativi da/verso l'Organo di Vigilanza

11) Sistema sanzionatorio

5 Individuazione dell'Organismo di Vigilanza

L'Assemblea dei Soci ha individuato come Organo di Vigilanza l'Amministratore Unico in carica DOTT.ULDERICO PAGNANI per le seguenti motivazioni:

1) è la figura che all'interno della compagine societaria ha i più ampi, autonomi ed effettivi poteri di iniziativa e controllo relativamente alle attività individuate a rischio.

2) è la figura a cui *de facto* è già garantito l'accesso alla totalità dei flussi informativi e alla totalità degli atti amministrativi compiuti dai propri collaboratori e a quelli di pertinenza del Responsabile Medico Fisiatra, in merito alle sue funzioni di responsabile sanitario delle attività di fisioterapia svolte all'interno del Centro di Radiologia Sant'Antonio

3) possiede adeguati requisiti di professionalità ed onorabilità idonei a poter esercitare le proprie funzioni in autonomia ovvero esercitando le proprie funzioni di vigilanza nei confronti dei soggetti sottoposti alla propria direzione . A tal riguardo si segnala che lo stesso già ricopre le funzioni di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. In ogni caso ferme restando le proprie attribuzioni e responsabilità nei confronti della società ai sensi del D.Lgs 231-2001 , l'Organo di Vigilanza potrà avvalersi di figure professionali specifiche per l'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza che in ogni caso dovranno essere dettagliate caso per caso.

Sulle specifiche attribuzioni dell'Organo di Vigilanza di faccia riferimento al Manuale del Sistema Integrato di Gestione per la Qualità e per la prevenzione dei Reati

5.1 Principi di controllo

L'ODV è tenuto ad osservare i seguenti principi di comportamento per la gestione dei rischi di reato giustificando,ove opportuno, la mancata applicazione.

5.2 Ogni operazione, transazione, azione dovrebbe essere: verificabile, documentata, coerente e congrua.

Con particolare riferimento alle attività ritenute a rischio di reato vi deve essere un adeguato supporto documentale su cui si possa procedere in ogni momento all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione e individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa.

La salvaguardia di dati e procedure in ambito informatico può essere assicurata mediante l'adozione delle misure di sicurezza già previste dal decreto 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) per tutti i trattamenti di dati effettuati con strumenti elettronici.

L'articolo 31 del Codice, infatti, prescrive l'adozione di misure di sicurezza tali da ridurre al minimo "i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta".

5.3 Nessuno dovrebbe gestire in autonomia un intero processo

Il sistema deve garantire l'applicazione del principio di separazione di funzioni, per cui l'autorizzazione all'effettuazione di un'operazione deve essere sotto la responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione.

Inoltre, occorre che:

1) a nessuno vengano attribuiti poteri illimitati;

2) i poteri e le responsabilità siano chiaramente definiti e conosciuti all'interno dell'organizzazione;

3) i poteri autorizzativi e di firma siano coerenti con le responsabilità organizzative assegnate e opportunamente documentati in modo da garantirne, all'occorrenza, un'agevole ricostruzione ex post.

5.4 I controlli dovrebbero essere documentati

Il sistema di controllo dovrebbe prevedere un sistema di reporting (eventualmente attraverso la redazione di verbali) adatto a documentare l'effettuazione e gli esiti dei controlli, anche di supervisione.

L'impossibilità di documentare l'attività svolta rischia di inficiare la validità del modello stesso

considerando che la società dovrebbe dimostrare in sede giurisdizionale di aver adottato ed efficacemente attuato idonee misure preventive PRIMA della commissione dei reati.

6 Elaborazione dei protocolli operativi

In questa fase di sviluppo del modello organizzativo, sono stati elaborati dei protocolli operativi relativi alle attività individuate a rischio.

Tali protocolli sono stati integrati nel preesistente Sistema di Gestione della Qualità certificato da Ente Terzo considerando che:

1) le misure preventive individuate nella fase di risk assessment coinvolgono attività operative già disciplinate nel Sistema di Gestione per la Qualità;
2) una separata elaborazione di protocolli finalizzati esclusivamente alla prevenzione dei reati relativi ad attività già regolamentate nell'attuale sistema di Gestione per la Qualità rischierebbe di generare incoerenze e mancata comprensione da parte del personale inficiando la validità degli stessi;
3) In tal senso si è proceduto a finalizzare l'attuale sistema di gestione sia verso gli obiettivi della Qualità che verso la prevenzione dei reati (SGQPR).

A tale riguardo si faccia riferimento al Manuale del Sistema di Gestione integrata per la Qualità e la prevenzione dei Reati (SGQPR)

7 Sistema disciplinare e meccanismi sanzionatori

L'adozione non solo formale ma sostanziale di un sistema disciplinare per la violazione delle norme del Codice Etico, nonché delle procedure previste del modello di organizzazione, gestione e controllo, costituisce requisito essenziale per completare l'efficacia del modello assieme ai punti analizzati in precedenza.

7.1 Funzione preventiva del sistema disciplinare adottato

Il Centro di radiologia S.Antonio ha inteso sviluppare un sistema disciplinare preventivo alla commissione dei reati, a prescindere dall'instaurazione di un giudizio penale recependo gli orientamenti dal Codice Etico proposto dalla Regione Lazio nel DCA 183-2014 e quelli delle Linee Guida per la costruzione di modelli di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs 231-2001 elaborato da Confindustria.

Di fatto un sistema disciplinare che sanzionasse anche comportamenti che già di per sé costituissero un reato finirebbe per intervenire "ex-post" (duplicando inutilmente le sanzioni poste dall'ordinamento statale) negando di per sé la natura preventiva di tutto il modello

organizzativo ex D.Lgs 231-2001 che punta invece ad intervenire "ex-ante" (prima della commissione del reato) per dimostrare la responsabilità amministrativa nella gestione dei rischi di reato

7.2 Iter procedurale

1) ACCERTAMENTO. il soggetto incaricato di effettuare il controllo secondo procedura o, direttamente l'Organismo di Vigilanza, accerta la violazione del modello organizzativo (Codice Etico e/o procedure) annotando in un verbale ogni evidenza utile all'accertamento della violazione (o riferimenti ad esse) .
2) CONTESTAZIONE. qualora la violazione rientri tra quelle a "rischio 231"
    a. nei casi meno gravi e/o accidentali, ove non specificato diversamente in procedura si da luogo ad un richiamo verbale da parte dell'Amministratore (o altro soggetto da lui delegato) e si apportano le opportune azioni correttive e l'iter sanzionatorio si conclude;
    b. in casi di casi più gravi (specificati nel modello) ovvero di ripetute violazioni lievi (oltre 10 volte l'anno, ove non specificato diversamente in procedura), si prosegue al passo successivo;
3) CONVOCAZIONE. l'Amministratore/Organo di vigilanza convoca (preferibilmente con raccomandata A/R e/o PEC) almeno con 5 giorni lavorativi di anticipo il soggetto a cui sono state accertate la violazioni del modello organizzativo specificando data/ora/luogo di convocazione, oggetto della contestazione e ogni altra informazione utile.
    a. CASI PARTICOLARI. Se il soggetto convocato non si presenta in 1°convocazione dovrà essere inoltrata una seconda convocazione almeno a 5 giorni lavorativi di distanza rispetto alla data di prima convocazione. In assenza di accertati e giustificati motivi di assenza, il convocato andrà considerato Assente Ingiustificato
4) CONFRONTO TRA LE PARTI E REDAZIONE DEL VERBALE DI CONTESTAZIONE. L'AMM/ODV formalizza la contestazione a carico del soggetto convocato fornendo evidenza (anche documentale) delle violazioni del modello organizzativo. Va osservato che un semplice richiamo verbale non costituisce di per sé il presupposto della contestazione mentre occorre provare il comportamento fraudolento di un soggetto in violazione non solo dei protocolli ma anche dei principi del Codice Etico. Pertanto va sottolineato che anche una richiesta formale di chiarimenti da parte dell'ODV/AMM, pertinente ai ruolo che si ricopre, a cui non segue una adeguata risposta (comportamento omissivo o elusivo) costituisce di per sé una violazione del Codice Etico relativamente agli obblighi di trasparenza e correttezza dovuti da tutto il personale. Durante il confronto, è facoltà del soggetto convocato fornire le proprie

controdeduzioni a totale o a parziale discolpa rispetto a quanto contestato mentre per la struttura è fatto obbligo di verbalizzarle e rilasciarne copia all'interessato. Il verbale di tale incontro deve avere forma scritta e deve essere sottoscritto da entrambe le parti.

ODV/AMM:

1) valuta l'applicazione di sanzioni a carico del soggetto (dipendente, lavoratore autonomo, imprese ecc) che andranno commisurate alla gravità del fatto contestato e alle controdeduzioni ricevute.

2) Applica obbligatoriamente le sanzioni appropriate al caso (che possono arrivare, nei casi più gravi, alla sospensione temporanea o alla rescissione immediata del contratto e alla richiesta di risarcimento del danno) .

3) L'Amministrazione è consapevole che la non dimostrabile o inadeguata azione sanzionatoria da parte dell'Amministratore e l'assenza di evidenze da cui si deduca l'azione di vigilanza svolta dall' ODV comporta l'automatica invalidità dell'intero modello organizzativo al fine dell'ottenimento dell'esimenza da parte del giudice relativamente ai reati contestati.

8 Allegati

8.1 TABELLA REATI/ILLECITI PRESUPPOSTO DELLA RESPONSABILITA' EX D.LGS. 231/01, CON RIFERIMENTI LEGISLATIVI E SANZIONI (Rev. 19 del 14/06/2015)

8.2 – Manuale del Sistema Integrato di Gestione per la Qualità e per la prevenzione dei reati ex D.lgs 231-2001