



Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. 231/2001

PARTE GENERALE

Revisione	Data revisione	Causale	Approvato da
01	23/032015	Prima emissione	Gasser Annamaria
02	01/05/2019	Aggiornamento fattispecie di reato e relativa mappatura dei processi a rischio	Gasser Annamaria

INDICE

Definizioni	4
1.0 Presentazione dell'Ente.....	5
1.1 L'assetto organizzativo dell'Ente.....	5
1.2 I principi del Sistema di Controllo Interno (S.C.I.)	9
1.3 La Governance	10
1.4 Sistema di deleghe e procure.....	15
1.5 Il sistema documentale per la compliance sul sistema di Accreditamento istituzionale ex D.C.A. 469/2017	16
1.6 Il Sistema di Gestione per Qualità UNI EN ISO 9001:2015	16
1.7 Il "Manuale delle Procedure"	18
1.8 Il Clinical Risk Management	19
1.9 Il modello organizzativo per la compliance al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR)	21
2.0 Il D. Lgs. 231/2001 e la normativa rilevante	22
2.1 La normativa del D. Lgs. 231/2001	22
2.2 Le fattispecie di reato previste dal D. Lgs. 231/2001	22
2.3 Le sanzioni per l'Ente	25
3.0 Le Linee Guida	28
4.0 Il Modello	29
4.1 La costruzione del Modello.....	29
4.2 Mappatura e valutazione dei rischi di reati ex D.lgs.231/01.....	30
4.3 La definizione di "rischio accettabile"	31
4.4 Il livello dei rischi e la matrice di valutazione del rischio	31
4.5 Scheda di analisi e valutazione dei processi	33
4.6 La funzione del Modello	36
4.7 Principi ed elementi ispiratori del Modello.....	36
4.8 I destinatari del Modello	38
4.9 I Referenti interni del Modello.....	38
4.10 Il Codice Etico di Comportamento	39
4.11 L'adozione del Modello e successive modifiche	40
5. I Processi Sensibili dell'Ospedale Regina Apostolorum	41
6. L'Organismo interno di Vigilanza	43
6.1 Nomina	43
6.2 Requisiti e decadenza	43
6.3 Rinuncia e sostituzione	44
6.4 Conflitti di interesse, concorrenza	45
6.5 Composizione.....	45
6.6 Riporto dell'Organismo	46
6.7 Funzioni, compiti e poteri	46
6.8 Funzionamento dell'Organismo di Vigilanza	49
6.9 Attività di verifica dell'Organismo di Vigilanza	51
6.10 Obblighi.....	51
6.11 Remunerazione e rimborsi spese.....	51
6.12 Indipendenza, revoca.....	51
6.13 Flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza.....	53
6.14 Raccolta e conservazione delle informazioni.....	56

6.15	Poteri di spesa, nomina di consulenti esterni	57
7.0	La formazione delle risorse e la diffusione del Modello	58
7.1	Formazione ed informazione dei Dipendenti e dei lavoratori parasubordinati...	58
7.2	Informazione ai Consulenti ed ai Partner.....	59
8.0	Sistema disciplinare	60
8.1	Funzioni del Sistema Disciplinare	60
8.2	Illeciti disciplinari e criteri sanzionatori	60
8.3	Ambito di applicazione	61
8.4	Sanzioni nei confronti dei dipendenti	62
8.5	Garanzie di tutela dei diritti del dipendente	65
8.6	Sanzioni nei confronti di membri del Comitato di Direzione, Direttore Generale e dei Revisori.....	66
8.7	Misure nei confronti di fornitori, collaboratori esterni e partner	68

Definizioni

- “**Organismo di Vigilanza**”: organismo interno preposto alla vigilanza sul funzionamento, sull’attuazione e sull’osservanza del Modello e al relativo aggiornamento;
- “**Consulenti**”: coloro che agiscono in nome e/o per conto dell’Ente 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;
- “**Dipendenti**”: tutti i dipendenti dell’Ente;
- “**Decreto**”: il Decreto Legislativo n. 231 dell’8 giugno 2001 e successive modifiche;
- “**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 ARIS;
- “**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 e può avere natura gestionale o economico/finanziaria;
- “**P.A.**”: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari ed i soggetti incaricati di pubblico servizio;
- “**Partner**”: controparti contrattuali dell’Ente, quali ad esempio le società commerciali o di servizi, agenti, partner, sia persone fisiche sia persone giuridiche, con cui l’Ente addivenga ad una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata (collaborazione anche occasionale, società, associazione temporanea d’impresa, consorzi, ecc.), ove destinati a cooperare con l’Ente 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;

1.0 Presentazione dell'Ente

1.1 L'assetto organizzativo dell'Ente

L'Ospedale Regina Apostolorum (di seguito denominato "Ospedale") è un ospedale "classificato" di proprietà dell'Istituto della Pia Società Figlie di San Paolo gestito dalla Casa Regina Apostolorum.

L'Ospedale ha sede in Albano Laziale (RM) in Via San Francesco n. 50.

L'Ospedale Regina Apostolorum è accreditato con il Servizio Sanitario Regionale con DCA 407/2014, DCA 160/2018, DCA 262/18 e DCA 67/19 per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di ricovero e DH, di prestazioni ambulatoriale e per il servizio di dialisi ambulatoriale.

Obiettivo dell'Ospedale è l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, di elevata qualità ed altamente specializzate al fine di migliorare costantemente:

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

La gestione dell'ospedale per quanto concerne l'assistenza sanitaria e i servizi ad essa collegati è affidata a circa 400 (di cui 360 dipendenti) unità di personale, tra medici, tecnici, infermieri, ausiliari socio-sanitari ed amministrativi.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie viene assicurata da équipe mediche che operano con il coordinamento e la supervisione del Direttore Sanitario.

L'articolazione organizzativa dell'ospedale prevede la suddivisione in Aree (Medica, Chirurgica, Diagnostica ed Ambulatoriale). In ogni Area organizzativa sono individuate Strutture Complesse e Semplici affidate, rispettivamente, alla direzione e coordinamento di un Direttore di Struttura o di un Responsabile.

La continuità assistenziale è garantita da un Servizio di Guardia notturna e festiva di area medica, chirurgica e anestesiologicala nonché di pronta disponibilità in particolar modo per i servizi diagnostici.

L'assistenza infermieristica è garantita dalla presenza continuativa in sede nelle 24 ore, per 365 giorni l'anno, di infermieri professionali coordinati dai caposala sotto la direzione del Dirigente del Servizio Infermieristico (DAI).

L'attività dell'Ospedale è caratterizzata dalla presenza di numerose specialità di base e ad alta complessità e intensità di cura.

Per il dettaglio delle specialità riconosciute si rimanda integralmente ai decreti di accreditamento.

Il modello organizzativo dell'Ospedale è basato su:

- una gestione per processi, con focalizzazione sulle interazioni fra i processi e sulla flessibilità di impiego del personale;
- 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;
- la copertura con protocolli specifici di tutte le aree soggette a rischio reato ex D. Lgs. 231/01;
- il processo di miglioramento continuo;
- la soddisfazione dei cittadini/utenti e delle altre parti interessate.

L'Ospedale adotta il presente Modello con lo scopo di:

- a) introdurre nell'ambito dell'organizzazione 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 delle attività sanitarie erogate;
- b) prevenire il rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto nelle attività individuate nella mappa delle aree a rischio;
- c) sensibilizzare coloro che operano nell'ambito di dette aree al rispetto dei principi e delle regole introdotte dall'Ospedale;
- 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 struttura organizzativa è articolata secondo due linee funzionali quella di assistenza sanitaria e quella tecnico amministrativa.

La linea funzionale dell'assistenza sanitaria è governata dalla Direzione Sanitaria cui rispondono tutte le funzioni di staff a supporto del governo clinico, nonché il Servizio Farmaceutico, l'Ufficio Ricoveri, l'Ufficio Infermieristico e il CUP.

La linea funzionale di assistenza sanitaria si articola nelle seguenti quattro aree erogatrici dei servizi di diagnosi e cura:

- Area Medica;
- Area Chirurgica;
- Area Diagnostica;
- Area Ambulatoriale.

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

Il sistema di governance può considerarsi idoneo ad assicurare livelli sempre maggiori di trasparenza ed efficienza anche attraverso un' integrazione tra programmazione strategica e gestione operativa.

La Direzione Generale è molto presente nelle attività di sviluppo della mission dell'ospedale nell'ambito delle sue finalità di religione e di culto con piena autonomia amministrativa senza fini di lucro quale testimonianza cristiana supportata, per gli aspetti della governance clinica, dalla Direzione Sanitaria.

La Direzione Generale nella gestione quotidiana supportando la Direzione Sanitaria nel governo clinico della struttura.

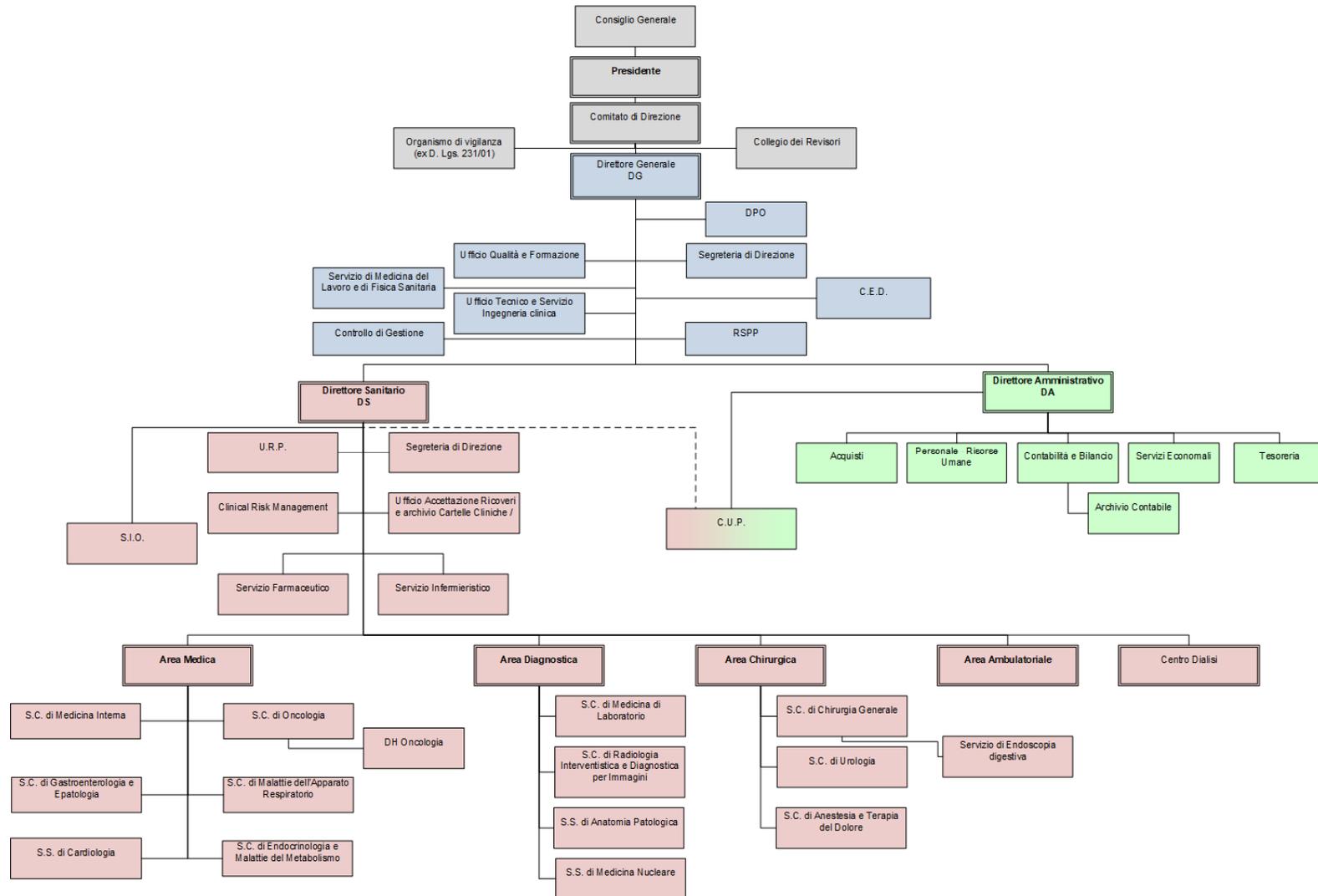
Tali finalità sono perseguite attraverso la costituzione dei seguenti livelli di autorità, meglio esplicitati nel paragrafo 1.3 del presente modello *“La Governance”*:

- Consiglio Generale
- Presidente
- Comitato di Direzione
- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

Inoltre quali organi di controllo sono stati opportunamente nominati:

- Collegio dei Revisori
- Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/01

Di seguito viene riportato l'organigramma dell'Ospedale.



1.2 I principi del Sistema di Controllo Interno (S.C.I.)

Una struttura organizzativa idonea ai fini preventivi propri del Decreto deve essere caratterizzata dai seguenti principi:

- 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;
- chiara e precisa determinazione delle mansioni, delle responsabilità ad esse connesse, delle linee gerarchiche;
- esistenza della contrapposizione di funzioni;
- corrispondenza tra attività effettivamente svolte e quanto previsto dalla missione dell'ospedale.

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 l'Ospedale si è dotato.

Il controllo operativo (vale a dire sulle attività e sui processi della struttura) e contabile (vale a dire sulla registrazione degli accadimenti aziendali) può essere a posteriori o preventivo.

Ai fini del decreto è di fondamentale importanza che:

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

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 Regolamento;
2. **Controlli di primo livello:** ovvero controlli tecnico e operativi sul corretto e regolare andamento delle attività. Svolti dalle persone o dalle strutture che hanno la responsabilità dell'attività. Possono anche essere incorporati nelle procedure.

Attengono a questo primo livello i:

- controlli generati dai sistemi informativi, adottati dall'Ospedale, inseriti nell'ambito di sistemi procedurali automatici che consentono la verifica immediata delle elaborazioni e dei dati da parte di chi sta effettuando le operazioni mediante segnalazione di anomalie ed errori, blocco del flusso procedurale;
 - controlli diretti da parte del responsabile del CED il quale ha tra le sue funzioni la supervisione del corretto funzionamento dei sistemi informativi.
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 sono spesso disciplinati dalle procedure e norme interne e si effettuano anche con sistemi informativi automatizzati. Sono controlli che rispondono al principio di separazione dei compiti.
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 (ovvero dal Collegio dei Revisori e dall'Organismo di Vigilanza).

I sistemi di controllo adottati e le modalità di gestione operativa delle attività garantiscono il rispetto dei seguenti requisiti:

1. **integrità delle registrazioni contabili** sia nella fase di processamento che, della successiva di archiviazione;
2. **selezione trasparente, motivata e autorizzata** dei dipendenti e dei collaboratori non dipendenti (fornitori, consulenti, etc.) basata su requisiti generali oggettivi e verificabili (competenza, professionalità, esperienza, onorabilità);
3. **compensi a dipendenti e a terzi congrui rispetto alle prestazioni rese** (CCNL ARIS applicabili, condizioni di mercato, tariffari,) ed evidenza oggettiva della prestazione resa;
4. **movimenti finanziari documentati, autorizzati** e inequivocabilmente riferibili ai soggetti emittente e ricevente e alla specifica motivazione.

Di seguito si riporta l'articolazione dei componenti di supporto ai sistemi di controllo interno.

1.3 La Governance

Le attribuzioni degli organi dell'Ospedale sono disciplinate dall'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno e dalle leggi vigenti.

Sulla base di quanto stabilito nell'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno approvato con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie Ufficio II – ex Ufficio IV DIRP II/E.E. 9/619 del 6 giugno 2002 la struttura istituzionale dell'Ospedale si compone di un Consiglio Generale della congregazione composto di 7 membri e presieduto dalla Superiora Generale.

L'Ospedale ha poi istituito un Comitato di Direzione ai sensi dell'art. 3-bis dell'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno che si compone di membri di diritto (la Superiora Generale, in qualità di Presidente, il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo) e nominati con le funzioni descritte allo stesso art. 3 –bis.

La funzione di governo dell'ospedale è affidata al Direttore Generale, che svolge le funzioni di cui all'art. 4 dell'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno.

Il Direttore Generale è coadiuvato nelle proprie attività operative e per quanto di propria competenza dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, entrambi investiti di congrui poteri di rappresentanza così come esplicitati nei contratti di lavoro e nell'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno, con facoltà di compiere tutti gli atti che ritengano opportuni esclusi quelli che la legge o il Regolamento dell'Ospedale riserva tassativamente alla competenza del Direttore Generale e del Comitato di Direzione.

Di seguito si rappresentano in sintesi i compiti e le responsabilità dei Direttori

4.3. I Direttori

In occasione della progettazione e dell'implementazione della propria organizzazione interna, l'Ospedale ha perseguito l'obiettivo di adottare una struttura compatibile con la tipologia di attività svolta e dei servizi erogati, nonché idonea a garantire una adeguata separazione di compiti, ruoli e responsabilità tra le strutture operative e quelle di controllo.

In seno all'Ente è prevista, come evidenziato, la presenza di un Direttore Generale, da cui dipendono il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario. I Direttori, in ragione delle rispettive competenze e responsabilità, sono supportati da appositi uffici, dipartimenti ed unità.

La complessiva struttura organizzativa è illustrata in un apposito "organigramma", il quale riepiloga, illustrandole, le linee di riporto dei singoli enti dell'Ospedale.

Al fine di definire chiaramente i compiti e le responsabilità al proprio interno, l'Ospedale ha provveduto alla predisposizione di appositi "funzionigrammi" in cui sono puntualmente illustrati i ruoli e le competenze di ciascun ente.

L'organigramma ed i funzionigrammi sono diffusi in seno all'Ente, presso i soggetti di volta in volta interessati, a cura della Direzione Generale, che ne assicura il periodico aggiornamento in funzione delle eventuali modifiche intervenute nell'ambito della struttura organizzativa dell'Ospedale. Gli aggiornamenti/modifiche dell'organigramma e/o dei funzionigrammi sono diffusi presso i soggetti interessati a cura della Direzione Generale e pubblicati sulla intranet dell'Ente nella apposita "Sezione 231" riservata al Modello.

Qui di seguito, sono forniti alcuni brevi cenni in merito alle funzioni svolte dai singoli Direttori.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- ha la direzione degli uffici amministrativi e del personale;
- è responsabile dell'amministrazione e dell'organizzazione dei servizi;
- cura l'amministrazione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare e mobiliare;
- predispone e controfirma i bilanci consuntivi dell'Ente;
- assicura l'osservanza degli adempimenti previsti da Regolamento Interno ;
- firma tutti gli atti connessi all'amministrazione;
- partecipa alle sedute del Comitato di Direzione ed esprime parere sulle materie di sua competenza;
- cura l'esecuzione delle delibere del Comitato di Direzione, assicurando il loro esatto adempimento per il raggiungimento dei fini istituzionali;
- redige e sottopone al Comitato di Direzione il bilancio consuntivo dell'Ente.

di un apposito contratto d'opera intellettuale in cui sono puntualmente indicati i poteri assegnati.

Il Direttore Generale è supportato, ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni, dalla Segreteria di Direzione.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo svolge i compiti descritti nell'art. 8 dell'Ordinamento dei Servizi e Regolamento Interno

In particolare il Direttore Amministrativo ha la responsabilità di:

- Garantire il mantenimento dell'equilibrio economico/finanziario attraverso la gestione della tesoreria e i rapporti con gli istituti di credito e società finanziarie

- Garantire la correttezza degli adempimenti di carattere fiscale e civilistico assicurando l'elaborazione dei dichiarativi fiscali, del bilancio annuale e i relativi allegati entro i termini di legge
- Assicurare la corretta predisposizione delle situazioni contabili periodiche
- Assicurare il coordinamento degli uffici amministrativi ad esso subordinati relativamente ai processi amministrativi e contabili
- Garantire la corretta interpretazione ed applicazione della legislazione vigente in materia fiscale
- Assicurare il monitoraggio dell'evoluzione della legislazione fiscale nazionale e comunitaria, con particolare riguardo alle disposizioni di interesse per le attività dell'Ente
- Fornire il supporto fiscale e gestire il contenzioso tributario, anche attraverso professionisti esterni, onde tutelare gli interessi dell'Ente
- Garantire il monitoraggio della situazione dei crediti in sofferenza a livello aziendale
- Assicurare la corretta predisposizione della reportistica gestionale periodica attraverso la supervisione dei processi destinati all'elaborazione dei dati economici e finanziari

Il Direttore Amministrativo è supportato, inoltre, dai seguenti uffici:

- Ufficio Contabilità e Bilancio;
- Ufficio CUP;
- Ufficio Personale- Risorse Umane;
- Ufficio Acquisti;
- Ufficio Servizi Economici
- Ufficio Tesoreria.

II Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario:

- è responsabile della direzione, del coordinamento gestionale e della programmazione di tutti i servizi sanitari di assistenza che fanno capo all'Ente, rispondendo del proprio operato al Direttore Generale;
- contribuisce alla realizzazione delle linee strategiche definite dalla Direzione Generale definendo piani operativi associati a obiettivi;
- propone e sottopone all'approvazione della Direzione Generale gli obiettivi di prestazione, assistenziali e organizzativi collegati ai piani operativi, con i relativi sistemi di verifica, gli indicatori e relativi target in merito all'area clinica.;

- è responsabile della presentazione alla Direzione Generale dei piani operativi associati agli obiettivi congiunti e/o trasversali dei diversi reparti/servizi assistenziali nonché della loro attuazione;
- garantisce la compliance rispetto alla normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale ed informa tempestivamente la Direzione Generale in caso di non conformità sui requisiti di legge;
- promuove e monitora la valutazione dell'appropriatezza clinica e organizzativa;
- coordina, supervisiona e controlla le attività dei medici responsabili dei diversi reparti/servizi verificandone l'operato e segnalando alla Direzione Generale eventuali non conformità;
- organizza periodicamente riunioni con i medici responsabili, la dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI) e il Risk Manager per acquisire informazioni in merito alla gestione operativa, allo stato di avanzamento rispetto a progetti di sviluppo o ad azioni correttive avviate a seguito della rilevazione/segnalazione di eventi avversi, reclami o non conformità da parte di utenti, familiari o operatori;
- controlla e vigilia sulla corretta adozione delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- gestisce i rapporti con la ASL Roma 6 per quanto riguarda le problematiche organizzative e gestionali della struttura;
- Assicura la correttezza e completezza degli elementi costituenti il debito informativo verso gli enti destinatari dello stesso (ad es. ASL, Regione Lazio)
- collabora con il Risk Manager alla realizzazione del Piano annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale per la Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) in conformità alla normativa vigente;
- garantisce la corretta gestione dei farmaci (anche stupefacenti) nel rispetto della normativa vigente e delle Raccomandazioni del Ministero della Salute;
- promuove la definizione ed implementazione di protocolli/procedure/PDTA;
- garantisce la qualità della documentazione sanitaria ed è responsabile della sua conservazione;
- supervisiona la gestione dei turni ed interviene di concerto con l'Ufficio del Personale in caso di anomalie che creano inefficienze organizzative;
- vigila sul mantenimento della conformità ai requisiti del sistema qualità e del Modello Organizzativo 231 per quanto di sua competenza.

1.4 Sistema di deleghe e procure

E' opportuno precisare che, ai fini del Decreto Legislativo 231/2001, la procura è condizione necessaria ma non sufficiente per considerare il procuratore "soggetto apicale", inoltre il loro conferimento avviene in ragione delle esigenze operative ed, in particolare, dello snellimento e dell'efficienza dell'attività aziendale.

Lo schema rappresentativo dei poteri attribuiti è rappresentato nell'Ordinamento dei servizi e Regolamento Interno.

L'attribuzione delle deleghe e dei poteri di firma relativi alla gestione delle risorse finanziarie, assieme all'assunzione e attuazione delle decisioni dell'Ospedale in relazione ad attività a rischio reato avviene nel modo seguente:

- la delega deve essere formalizzata in conformità alle disposizioni di legge applicabili;
- devono essere indicati con chiarezza i soggetti delegati, le competenze richieste ai destinatari della delega e i poteri rispettivamente assegnati;
- devono essere previste limitazioni delle deleghe e dei poteri di spesa conferiti;
- devono essere contemplate soluzioni dirette a consentire un controllo sull'esercizio dei poteri delegati;
- deve essere prevista l'applicazione di sanzioni in caso di violazioni dei poteri delegati;
- la delega deve essere formata rispettando il principio di segregazione delle funzioni e dei ruoli;
- deve essere coerente con i regolamenti aziendali e con le altre disposizioni interne applicati dalla struttura.

Si precisa entro la fine del corrente anno tutto l'ospedale sarà certificato ai sensi della normativa UNI EN ISO 9001-2015.

Viene altresì chiarita la necessità di "prevedere un sistema coerente e integrato che comprenda tutte le deleghe o procure aziendali (comprese quelle in materia di sicurezza ed in quella ambientale), periodicamente aggiornate alla luce sia delle modifiche normative, che delle eventuali variazioni nel sistema organizzativo aziendale", nonché garantire la documentabilità di tale sistema, al fine di rendere agevole una sua eventuale ricostruzione a posteriori.

Fermo restando il dettato normativo di cui all'art. 5 del Decreto i soggetti apicali nell'Ospedale Regina Apostolorum sono identificati principalmente:

- in base alla collocazione gerarchica al vertice dell'ospedale o al primo livello di riporto del Direttore Generale;
- 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 dell'Ospedale è formalizzata e rappresentata graficamente nell'organigramma il quale definisce con chiarezza le linee di dipendenza gerarchica ed i legami funzionali tra le diverse posizioni di cui si compone la struttura stessa.

1.5 Il sistema documentale per la compliance sul sistema di Accredimento istituzionale ex D.C.A. 469/2017

L'ospedale ha, nel corso del 2018, 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 diagnostico-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 la Direzione dell'ente, i responsabili delle Strutture complesse e Semplici id area sanitaria, i coordinatori dei reparti e servizi ed il personale referente dei servizi tecnico-amministrativi.

1.6 Il Sistema di Gestione per Qualità UNI EN ISO 9001:2015

L'ospedale si è dotato di un sistema di Gestione per la Qualità e per il miglioramento continuo e ha adottato un Manuale e procedure aziendali applicabili all'Organizzazione nella sua interezza.

Il Blocco operatorio, la S.C. di Medicina di Laboratorio e S.S. di Anatomia Patologica hanno ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 da parte di Ente terzo accreditato ACCREDIA:

In questo modo l'Ospedale ha inteso assicurare una gestione che sia il più possibile coerente con una gestione efficiente ed efficace anche rispetto alla *compliance* normativa nell'erogazione dei processi sanitari che impattano in modo consistente nei servizi di diagnosi e cura.

Le procedure e le istruzioni operative aziendali, laddove definite, esplicitano le modalità operative cui il personale della struttura deve uniformarsi per una gestione aziendale rispondente ai requisiti di accreditamento istituzionale. Le procedure sono, quindi, soggette a periodiche modifiche e costante aggiornamento, in seguito al verificarsi di cambiamenti che possono riguardare fattori sia interni sia esterni all'Ospedale.

Le modalità di elaborazione, validazione approvazione della documentazione aziendale sono regolate dalla Procedura PPT 4.2 "Gestione dei documenti, dei dati e delle registrazioni della qualità" e varia a seconda della tipologia di documento.

Le procedure e le istruzioni operative sono state inserite nell'ambito del Sistema di Gestione per al Qualità della struttura.

Sono quindi previste, in tale ambito, due tipologie di raccolta di protocolli:

- Manuale della Qualità Aziendale che comprende tutte le procedure che si riferiscono al sistema operativo dell'Ospedale che opera trasversalmente sulle diverse aree;
- Procedure di Processo Primario (PPP), Procedure Gestionali (PG) e Procedure Operative (PO) e istruzioni operative (IO) dei servizi certificati che comprendono tutti quei processi inerenti l'attività specifica svolta.

Detti documenti garantiscono il rispetto delle normative vigenti e degli adempimenti derivanti dalla sua *mission* e sono ritenuti idonei ai fini del Modello.

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

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

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 dall'Ospedale si conformano ai seguenti principi di controllo:

- a) 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;
- b) 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;
- c) **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);
- d) **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;
- e) **verifiche indipendenti sulle operazioni effettuate**. Gli audit sono svolti sia da persone dell'organizzazione ma estranei al processo, sia da persone esterne all'organizzazione quali ad esempio enti terzi di certificazione.

1.7 Il “Manuale delle Procedure”

L'Ospedale è dotato di procedure a maggior rischio rispetto ai reati presupposto del D. Lgs. 231/2001.

Le procedure sono formalizzate e strutturate e definiscono:

- il processo
- le attività associate al processo
- i protocolli preventivi (ove necessari e previsti)
- il/i responsabile/i delle esecuzione dell'attività
- le evidenze.

Nello specifico, sono state adottate le seguenti procedure:

- Procedura acquisizione apparecchiature elettromedicali;
- Procedura acquisto e dispensazione medicinali e presidi;

- Procedura acquisizione servizi economali;
- Procedura gestione del personale;
- Procedura presa in carico e gestione del paziente non chirurgico;
- Procedura presa in carico e gestione del paziente chirurgico;
- Procedura controllo appropriatezza cartella clinica e flusso SIO e SIAS;
- Procedura gestione sistemi informativi;
- Procedura gestione documentazione;
- Procedura gestione finanziamenti agevolati;
- Procedura gestione del contenzioso per la cause di responsabilità Civile;
- Procedura gestione del contenzioso giuslavoristico;
- Procedura gestione del contenzioso con la Regione Lazio/Asl Roma 6;
- Procedura gestione tesoreria contabilità e bilancio;
- Procedura gestione dei rapporti e degli adempimenti con la Pubblica Amministrazione;
- Procedura gestione cassa dell'accettazione ambulatoriale

Le procedure sono oggetto di un costante riesame ed integrazione sulla base di eventuali mutamenti nell'organizzazione dell'ospedale o dell'evidenza di elementi di criticità emergenti da segnalazioni o dalle verifiche dell'Organismo di Vigilanza.

1.8 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. E' su questo aspetto che 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.

In data 05 novembre 2014 l'ospedale ha nominato il proprio Clinical Risk Manager e in data 18 dicembre 2014 il Direttore Generale ha approvato il primo P.A.R.M. (Piano di Risk Management) il quale nel rispetto della Determinazione Regione Lazio, n. G04112 del 1 aprile 2014 "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 emanata da Regione Lazio è strutturato nel modo seguente:

1. PREMESSA
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO
3. SCOPO DEL PIANO
4. OBIETTIVI STRATEGICI
5. STRUMENTI OPERATIVI
6. AZIONI E INDICATORI
7. DIFFUSIONE

In ottemperanza alla Determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G 00163 del 11.01.2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza", il Direttore Generale ha approvato il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA).

Il Clinical Risk Manager, operando in costante contatto con i reparti e i servizi aziendali, è responsabile della corretta ed efficace attuazione del PARM e del PAICA e risponde alla Direzione Sanitaria in merito ad eventuali non conformità risultati dal processo di gestione del rischio associato alla pratica clinica.

Il Clinical Risk Manager riporta sulla propria attività e su elementi potenziali di rischio associabili all'erogazione delle attività assistenziali al **Comitato Ospedaliero di Valutazione Sinistri** composto dai seguenti membri: Direttore Generale, Direttore Sanitario, il Clinical Risk Manager, il legale della compagnia assicurativa, il rappresentante del broker assicurativo, il Direttore di Struttura Complessa di Chirurgia Generale, Direttore di Struttura Complessa Anestesia e Terapia del dolore, il medico legale, il RSPP e, se necessario, l'operatore interessato.

1.9 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 tale tipologie di rischio.

Nell'ambito della revisione 2 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 dell'ente, motivo che potrebbe portare a considerare i due ambiti come compartimenti stagni. Ponendosi dal punto di osservazione dell'ente, le cose stanno in maniera diversa.

Il GDPR, infatti, richiede una valutazione dei rischi legati alla **violazione dei dati personali** trattati, per non menzionare l'eventuale valutazione di impatto aggiuntiva, esattamente come il D. Lgs. 231/01 richiede una **valutazione dei rischi** rispetto al coinvolgimento dell'ente 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, sono state riesaminate le misure di sicurezza degli apparati hardware e dei software applicativi ed è stata elaborata una procedura specifica per la gestione delle procedure di *disaster recovery*.

2.0 Il D. Lgs. 231/2001 e la normativa rilevante

2.1 La normativa del D. Lgs. 231/2001

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'Ospedale 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 in allegato al presente documento (Allegato 1) e alla parte speciale del Modello.

2.2 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'Ospedale sono quelle espressamente elencate dal Legislatore ed, 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. 231/01);
4. **Concussione e corruzione** (art. 25 d.lgs. 231/01);
5. **Delitti contro la fede pubblica** (quali falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento, indicati all'art. 25-bis d.lgs. 231/2001);
6. **Delitti contro l'industria e il commercio** (art. 25-bis-1 d.lgs. 231/01);
7. **Reati societari** (art. 25-ter d.lgs. 231/2001);
8. **Corruzione tra privati** (art. 25-ter d.lgs. 231/2001);
9. **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;
10. **Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili**, indicati dall'art.25-quater 1. del D. Lgs. 231/2001);
11. **Delitti contro la personalità individuale** (quali lo sfruttamento della prostituzione, la pornografia minorile, la tratta di persone e la riduzione e mantenimento in schiavitù, indicati all'art. 25-quinquies d.lgs. 231/2001);
12. **Abusi di mercato**, indicati dall'articolo 25-sexies d.lgs. 231/2001);
13. **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;
14. **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);
15. **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. 231/01);
16. **Delitti in materia di violazioni del diritto d'autore** (art. 25-nonies d.lgs. 231/01);
17. **Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria** (art. 25-decies d.lgs. 231/01)
18. **Reati ambientali** (art. 25-undecies);
19. **Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare** (art. 25-duodecies)

20. Reati di Razzismo e Xenofobia (art. 25 terdecies) introdotto per effetto dell'art. 5 della Legge Europea n.167 del 2017.

Il presente Modello è aggiornato con:

- le disposizioni della Legge n. 186 del 15.12.2014 “Disposizioni in materia di emersione e rientro di capitali detenuti all'estero nonché per il potenziamento della lotta all'evasione fiscale. Disposizioni in materia di autoriciclaggio.” che, all'art. 3 comma 3, introduce nel novero dei reati previsti dal Decreto quello di “Autoriciclaggio” ex art. 648 ter 1 Codice Penale;
- Legge n. 68 del 2015 rubricata “disposizioni in materia di delitti contro l'ambiente”, la quale ha modificato il comma 1 dell'art.25-undecies del d.lgs.231/01 sostituendo le lettere “a” e “b” con le nuove lettere da “a” a “g”, introdotto il comma 1 bis nell'art.25-undecies d.lgs. 231/01, infine introdotto nel Codice Penale i reati dal artt.452-bis al 452-terdecies (reati ambientali);
- Legge n. 69 del 2015 rubricata “Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazione di tipo mafioso e di falso in bilancio” la quale ha modificato il comma 1 dell'art.25-ter, d.lgs. 231/01 “modifiche alle disposizioni sulla responsabilità amministrativa degli enti in relazione ai reati societari”, modificato l'art. 317 del Codice Penale aggiornando le sanzioni relative agli artt. 318, 319, 319-ter e 319 quater c.p. introdotto, con il nuovo art. 322-quater c.p., l'istituto della riparazione pecuniaria ed infine modificato gli artt. 2621, 2622 c.c. e introdotto gli artt.2621-bis, 2621-ter c.c.;
- Legge n. 236/2016 che ha modificato il co.5 dell'art.416 c.p.;
- Legge n. 41/2016 rubricata “Omicidio stradale e lesioni personali gravi” che modifica gli artt.589,590 co.3 c.p.;
- D.lgs. 125/2016 attuativo della direttiva 2014/62/UE sulla protezione mediante il diritto penale dell'euro e di altre monete contro la falsificazione che modifica gli artt. 453, 461 c.p.;
- Legge n. 199/2016 che ha modificato l'art 603-bis c.p. e ha introdotto gli art.603-bis 1 e 603-bis 3;
- D.lgs. n. 38/2017 in materia di lotta alla corruzione tra privati il quale ha introdotto il comma s-bis nell'art.25-ter rubricato “reati societari”, nonché modificato gli artt.2635, 2635-bis, 2635-ter c.c.;

- Legge n. 161/2017 la quale ha inserito nell'art.25-duodecies, rubricato "impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare", il comma 1-bis;
- Legge n. 167/2017 rubricata "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea" che ha introdotto nel d.lgs. 231/01 il reato ex art.25-terdecies "razzismo e xenofobia";
- Legge n. 179/2017 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" ha introdotto, nel d.lgs. 231/01, all'art.6 i commi 2-bis, 2-ter, 2-quarter in materia di "whistleblowing";
- D.lgs. n.36/2018 il quale ha modificato il comma 3 dell'art.640-ter c.p. (frode informatica).
- Legge 9 gennaio 2019, n. 3 "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici la quale ha riformato l'art. 25 del Decreto ampliandolo con l'introduzione al comma 1 del reato di "traffico di influenze illecite" (art. 346 bis c.p.) e con il riesame delle sanzioni interdittive.

2.3 Le sanzioni per l'Ente

Nell'ipotesi in cui i soggetti di cui all'art. 5 del Decreto commettano uno dei reati presupposto, l'Ente 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:

- I. sanzioni pecuniarie;
- II. sanzioni interdittive;
- III. confisca;
- IV. pubblicazione della sentenza.

Sotto il profilo processuale, previa richiesta da parte della Procura della Repubblica, l'accertamento della eventuale responsabilità dell'Ente, 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 espressamente previsti nel Decreto.

Deve segnalarsi, tra l'altro, che l'Ente è ritenuto 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.

I. 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 varia da € 258,23 a € 1.549,37. Il Giudice determina il numero di quote tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'Ente 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 dell'Ente coinvolto.

II. Le sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive sono individuate dal comma 2 dell'art. 9 del Decreto e possono essere irrogate, ove espressamente previste, solo in relazione a taluni dei reati c.d. presupposto; esse sono:

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

Anche in questo caso, il tipo e la durata delle sanzioni interdittive sono determinate dal Giudice penale competente 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.

III. La confisca

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

IV. La pubblicazione della sentenza

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

Appare opportuno evidenziare che l'Autorità Giudiziaria può, inoltre, a mente del Decreto, disporre:

- 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)

3.0 Le Linee Guida

L'art. 6, comma 3, del Decreto, prevede che i Modelli possono essere adottati sulla base dei codici di comportamento redatti dalle Associazioni di categoria rappresentative degli Enti, comunicati al Ministero di Giustizia, il quale ultimo, se del caso, può formulare osservazioni.

L'Ospedale, nella predisposizione del presente Modello si è ispirato ed ha fatto proprie le Linee Guida elaborate da Confindustria ed ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari) in quanto dette Linee Guida sono relative al settore sanitario dell'ospedalità religiosa nonché le Linee Guida elaborate da Confindustria entrambe approvate dal Ministero della Giustizia.

Tuttavia, la scelta eventuale di non adeguare il Modello ad alcune indicazioni contenute nelle Linee Guida non inficia la validità dello stesso - come peraltro precisano espressamente le Linee Guida -. Il singolo Modello, infatti, dovendo essere redatto con riferimento alla realtà concreta dell'Ente, ben può discostarsi dai codici citati che, per loro natura, hanno carattere generale.

4.0 Il Modello

4.1 La costruzione del Modello

L'Ospedale ha avviato nel 2014 un progetto interno finalizzato a garantire la predisposizione del Modello di cui all'art. 6 del D. Lgs. 231/2001 dando seguito alle prescrizioni contenute nel Decreto del Commissario ad Acta 9 maggio 2013, n. U00183 "*Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale*" e del successivo Decreto del Commissario ad Acta 6 agosto 2014, n. U00261 "Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto/accordo di cui al DCA U00183/2013.

La predisposizione del presente Modello è stata preceduta da una serie di attività preparatorie suddivise in differenti fasi e dirette tutte alla costruzione di un sistema di prevenzione e gestione dei rischi, in linea con le disposizioni del D. Lgs. 231/2001 ed ispirate, oltre che alle norme in esso contenute, anche alle Linee Guida.

Si descrivono qui di seguito brevemente le fasi in cui si è articolato il lavoro di individuazione delle aree a rischio, sulle cui basi si è poi dato luogo alla predisposizione del presente Modello.

1) "*As-is analysis*". L'identificazione dei Processi Sensibili è stata attuata attraverso il coinvolgimento diretto dei soggetti chiave nell'ambito della struttura aziendale (Direzione Aziendale, responsabile delle funzioni amministrative, Responsabili delle Strutture semplici e complesse, referenti dei servizi sanitari di supporto) mirate all'individuazione e comprensione dei Processi Sensibili e dei sistemi e procedure di controllo già adottati in relazione ai medesimi. Obiettivo di questa fase è stata l'analisi del contesto aziendale, al fine di identificare in quale area/settore di attività e secondo quale modalità vi sia la potenziale possibilità di commettere i Reati.

L'analisi è stata condotta principalmente su tutte le attività potenzialmente a rischio reato ed assoggettabili alle sanzioni di cui al D. Lgs. 231/2001.

Se ne è ricavata una rappresentazione dei Processi Sensibili, dei controlli già esistenti e delle relative criticità, con particolare "*focus*" agli elementi di "*compliance*" e controllo specifici per soddisfare i requisiti del Modello. I Processi Sensibili dell'Ospedale sono quelli descritti nella Mappa dei rischi in Allegato 1 e più analiticamente nella Parte Speciale.

2) Effettuazione della "*gap analysis*". Sulla base dei Processi Sensibili individuati, delle procedure e controlli già adottati, nonché delle previsioni e finalità del D. Lgs. 231/2001, si sono

individuare le azioni di miglioramento delle attuali procedure interne e dei requisiti organizzativi essenziali per la definizione di un modello “specifico” di organizzazione, gestione e monitoraggio ai sensi del D. Lgs. 231/01.

3) Predisposizione del Modello. Il presente Modello è costituito da una “Parte Generale” e da una “Parte Speciale” divisa in Sezioni che hanno quale riferimento i processi aziendali nei quali sono state individuate le attività sensibili a rischio di commissione dei reati presupposto riferibili al D. Lgs. 231/2001.

La revisione 2 del Modello prende in considerazione le nuove fattispecie di reato nonché quelle integrate da norme di legge rilevanti ai fini del Decreto e riesamina la mappatura dei processi a rischio tenendo conto dell’ulteriore ed eventuale esposizione dei processi operativi e degli esiti del monitoraggio del Modello operata dall’Organismo di Vigilanza sui primi anni di operatività dell’Organismo di Vigilanza.

4.2 Mappatura e valutazione dei rischi di reati ex D.lgs.231/01

Come primo livello di analisi, vengono individuate le Aree e/o i Macro-processi nelle quali possono verificarsi elementi di rischio pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D. Lgs. 231/01.

I risultati dell’analisi dei rischi vengono raccolti nel documento “Mappatura dei rischi” – Allegato 1 - e sono oggetto di periodica verifica da parte dell’Organismo di Vigilanza che può valutare opportunità di miglioramento. Nella successiva redazione della Parte Speciale sono considerati i processi sensibili e sono indicate le misure adottate per evitare il rischio di commissione di reato.

I Macro-processi 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 scheda sotto riportata, che a sua volta fa riferimento alla matrice del rischio.

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 reati” con le relative misure da attuare.

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

4.3 La definizione di "rischio accettabile"

Un concetto assolutamente nodale nella costruzione del 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 PA, danno economico-patrimoniale alla struttura, danno all'operatore, danno all'utente). Occorre pertanto definire una soglia del rischio accettabile che scaturisca dal bilanciamento sostenibile – dalla struttura - 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 fraudolentemente".

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

- escludere che un qualunque soggetto operante all'interno delle strutture possa giustificare la propria condotta adducendo l'ignoranza delle direttive aziendali della struttura;
- 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 aziendali.

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 descritta nel paragrafo 4.5.

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.

4.4 Il livello dei rischi e la matrice di valutazione del rischio

La metodologia adottata in sede di riesame della mappatura dei rischi effettuata con la revisione 2 del presente Modello è basata sui seguenti passaggi:

- A. l'analisi dei rischi applicata ad un processo individua i rischi possibili rispetto ai valori etici e ai reati previsti dal D. Lgs. 231/01.
- B. i rischi individuati vengono "pesati" e cioè ad ogni rischio viene assegnato un livello di importanza, calcolato come prodotto tra probabilità ed entità del danno causato.
- C. la probabilità è un valore determinato dall'esperienza degli operatori interessati. Può assumere quattro livelli: alta, medio/alta, media; l'attribuzione del livello viene esplicitato e concordato sia col/coi responsabile/i del processo che dal gruppo di lavoro.

Nella tabella sottostante è riportata la modalità di valutazione della probabilità:

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, quantificata da 1 a 4, individua i danni possibili correlati all'entità delle sanzioni pecuniarie e previste dal D. Lgs 231/01

Nella tabella sottostante è riportata la modalità di valutazione dell'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

- E. utilizzando la matrice sotto riportata si assegna ad ogni rischio il livello di importanza
- F. 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.

4.5 Scheda di analisi e valutazione dei processi

Di seguito viene riportata la matrice di valutazione del rischio che considera il fattore di rischio totale (FTR) rispondente ai criteri FMECA e applicata ai processi della Struttura.

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

MAPPA TURA REATI

Reati di cui al D.Lgs 231/01 (1)	Rif. Etico di Comportamento (2)	Codice di difformità (3)	Rischio di attività sensibili (4)	Funzioni potenzialmente coinvolte (5)	Entità del danno (6)	Probabilità di accadimento (7)	Fattore di Rischio Totale (FRT) (8)	Misure preventive (9)

<p>LEGENDA</p> <p>Punteggio Entità del danno (D) Vedi tabella di valutazione dell'entità del danno</p> <p>Probabilità di accadimento (P) Vedi tabella di valutazione del livello di probabilità</p> <p>Fattore di rischio Totale (FTR)= (D x P) Vedi Matrice di valutazione dei rischi</p>	<p>Criteri di compilazione della scheda</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 etico-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 reato in allegato (Allegato 1) rappresenta il risultato delle attività di risk assessment operate per l'elaborazione del Modello di Organizzazione Gestione e Controllo.

4.6 La funzione del Modello

L'adozione e l'efficace attuazione del Modello non solo consente all'Ente di beneficiare dell'esimente prevista dal D. Lgs. 231/2001, ma migliora, nei limiti previsti dallo stesso, la sua *governance*, limitando il rischio di commissione dei Reati.

Scopo del Modello è la predisposizione di un sistema strutturato ed organico di procedure ed attività di controllo (preventivo ed *ex post*) che abbia come obiettivo la riduzione del rischio di commissione dei Reati mediante la individuazione dei Processi Sensibili e la loro conseguente proceduralizzazione.

I principi contenuti nel presente Modello devono condurre, da un lato, a determinare una piena consapevolezza del potenziale autore del Reato di commettere un illecito (la cui commissione è fortemente condannata e contraria agli interessi dell'Ente, anche quando apparentemente essa potrebbe trarne un vantaggio), dall'altro, grazie ad un monitoraggio costante dell'attività, a consentire all'Ente di reagire tempestivamente nel prevenire od impedire la commissione del Reato stesso.

Tra le finalità del Modello vi è, quindi, quella di sviluppare la consapevolezza nei Dipendenti, Organi di governo, Consulenti e Partner, che operino per conto o nell'interesse dell'Ente nell'ambito dei Processi Sensibili di poter incorrere - in caso di comportamenti non conformi alle norme e procedure aziendali (oltre che alla legge) - in illeciti passibili di conseguenze penalmente rilevanti non solo per se stessi, ma anche per l'Ente.

Inoltre, si intende censurare fattivamente ogni comportamento illecito attraverso la costante attività dell'Organismo di Vigilanza sull'operato delle persone rispetto ai Processi Sensibili e la comminazione di sanzioni disciplinari o contrattuali.

4.7 Principi ed elementi ispiratori del Modello

Nella predisposizione del presente Modello si è tenuto conto delle procedure e dei sistemi di controllo (rilevati in fase di "*as-is*") esistenti e già ampiamente operanti in struttura, ove giudicati idonei a valere anche come misure di prevenzione dei Reati e controllo sui Processi Sensibili.

Conformemente a quanto previsto anche dalle Linee Guida, sono state considerate le *policy* e le procedure esistenti che, previo eventuale adeguamento, potessero essere qualificabili come generali elementi costitutivi del Modello, nonché:

- il sistema organizzativo aziendale rappresentato nell'ambito del sistema di gestione per la qualità certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 e del nuovo sistema di accreditamento istituzionale;
- le *policy* e le procedure aziendali, le disposizioni organizzative;
- il sistema di deleghe di poteri e delle procure compatibilmente con i vincoli stabiliti dal Regolamento Interno;
- il sistema di comunicazione al personale;
- il sistema disciplinare.

Principi cardine a cui il Modello si ispira sono:

- ⇒ le Linee Guida di Aris e Confindustria e in base alle quali è stata predisposta la mappatura dei Processi Sensibili;
- ⇒ i requisiti indicati dal Decreto ed in particolare:
 - la attribuzione ad un Organismo di Vigilanza del compito di promuovere l'attuazione efficace e corretta del Modello anche attraverso il monitoraggio dei comportamenti aziendali ed il diritto ad una informazione costante sulle attività rilevanti ai fini del Decreto;
 - la messa a disposizione dell'Organismo di Vigilanza di risorse (umane e finanziarie) adeguate a supportarlo nei compiti affidatigli ed a raggiungere risultati ragionevolmente ottenibili;
 - l'attività di verifica del funzionamento del Modello con conseguente aggiornamento periodico (controllo *ex post*);
 - l'attività di sensibilizzazione e diffusione a tutti i livelli aziendali delle regole comportamentali e delle procedure istituite;
- ⇒ i principi generali di un adeguato sistema di controllo interno ed in particolare:
 - la verificabilità e documentabilità di ogni operazione rilevante ai fini del D.Lgs. 231/2001;
 - il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
 - la definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
 - la comunicazione all'organismo di vigilanza delle informazioni rilevanti.

4.8 I destinatari del Modello

I principi e le previsioni del Modello dell'Ospedale Regina Apostolorum sono rivolti a **tutti i soggetti che operano in nome e/o per conto dell'Ente** (di seguito, complessivamente indicati quali 'Destinatari'), tra i quali, a titolo esemplificativo:

- a) i membri degli organi sociali (Comitato di Direzione e Collegio dei Revisori);
- b) i soggetti preposti alla direzione dell'Ente (ad es., il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario);
- c) il personale dipendente;
- d) il personale non dipendente;
- e) i soggetti esterni all'Ente che operano in nome e/o per conto di quest'ultimo (ad es., rappresentanti, consulenti, professionisti esterni).

I Destinatari sono tenuti al rispetto dei principi e delle previsioni del Modello, incluso per ciò che attiene i Protocolli ad esso connessi. L'eventuale mancata conoscenza del Modello non potrà, in alcun caso, essere invocata a giustificazione della violazione delle relative previsioni.

4.9 I Referenti interni del Modello

Con la revisione 2 del Modello, come ulteriore elemento di miglioramento, la Direzione ha definito una rete di Referenti Interni come ulteriore elemento rispetto all'efficace attuazione del Modello.

Il Referente Interno è definito ed individuato come persona che garantisce l'efficienza del processo di cui è attore, garantisce l'efficacia dei presidi di controllo e ne cura l'aggiornamento previa condivisione con il diretto riporto in linea gerarchica.

Nello specifico sono referenti interni, responsabili dell'attuazione del modello, i direttori di struttura e i caposala.

Il Referente Interno ha le seguenti funzioni:

- vigila sul regolare svolgimento delle operazioni afferenti le Aree a Rischio Reato di cui è referente;
- informa collaboratori e sottoposti in merito ai rischi di commissione dei reati connessi alle operazioni aziendali svolte;

- può chiedere informazioni e chiarimenti a tutte le funzioni aziendali, alle unità operative o ai singoli soggetti che sono coinvolti nelle Attività Sensibili relative alle Aree a Rischio Reato;
- informa periodicamente l'OdV dei fatti rilevanti relativi alle operazioni a rischio della propria area/ufficio con riferimento alle Aree a Rischio Reato inviando i flussi informativi ad esso assegnati,
- può interpellare l'OdV in tutti i casi di inefficacia, inadeguatezza o difficoltà di attuazione dei protocolli di prevenzione o delle procedure operative di attuazione degli stessi al fine di ottenere chiarimenti in merito agli obiettivi e alle modalità di prevenzione previste dal Modello;
- contribuisce all'aggiornamento del sistema di controllo relativo alla propria area di appartenenza e informa l'OdV delle modifiche e degli interventi ritenuti opportuni.

L'informativa all'OdV in merito ai fatti rilevanti intervenuti nella gestione dei processi operativi nell'ambito delle Aree a Rischio reato sono effettuate con l'utilizzo delle **“schede di evidenza”**.

Tali schede:

- contengono le possibili modalità di comunicazione dei reati nelle aree a rischio di competenza del Referente Interno e rilevabili dalla mappatura dei rischi;
- sono utilizzate per registrare e comunicare sia ipotesi di comportamenti illeciti sia quasi eventi (*“near miss”*), cioè qualsiasi evento avrebbe potuto portare alla commissione di un reato tra quelli previsti o ulteriori.

4.10 Il Codice Etico di Comportamento

L'Ospedale al fine di definire con chiarezza e trasparenza l'insieme dei valori ai quali si ispira per raggiungere i propri obiettivi, ha predisposto il Codice Etico di Comportamento, la cui osservanza è imprescindibile per il corretto funzionamento, l'affidabilità, la reputazione e l'immagine dell'Ospedale stesso.

Il Codice Etico di Comportamento è allegato al presente modello, in quanto ne costituisce parte integrante ed essenziale.

Il **Codice Etico di Comportamento** già disponibile dal 16 dicembre 2011 è stato verificato rispetto ai requisiti dello schema di Codice Etico in allegato al Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 9 maggio 2013, n. U00183 in quanto compatibili ed applicabili.

4.11 L'adozione del Modello e successive modifiche

Il Modello Organizzativo è recepito ed approvato dal Comitato di Direzione dell'Ospedale.

Essendo il presente Modello un “atto di emanazione dell'organo dirigente” (in conformità alle prescrizioni dell'art. 6, comma I, lettera a del D. Lgs. 231/2001) le successive modifiche e integrazioni, fermo restando quanto previsto nel successivo capitolo 6.1, sono rimesse alla competenza del Comitato di Direzione dell'Ospedale.

Le successive modifiche e aggiornamenti proposti da OdV vengono recepite e approvate dal Comitato di Direzione.

L'adozione del Modello è comunicata dal Direttore Generale su mandato del Comitato di Direzione a tutto il personale presente nella Struttura al momento dell'adozione stessa. A costoro viene resa disponibile copia del Modello.

5. I Processi Sensibili dell'Ospedale Regina Apostolorum

La Struttura esercita attività sanitarie in regime di accreditamento con il SSN e in regime privato e allo scopo svolge le seguenti principali macro-attività:

- gestione dei ricoveri ordinari (prenotazione, accettazione, erogazione servizi, dimissione)
- gestione dei ricoveri DH/DS (prenotazione, accettazione, erogazione servizi, dimissione)
- erogazione di prestazioni ambulatoriali (prenotazione, accettazione, erogazione servizi, refertazione) e di dialisi;
- gestione del debito informativo verso la Regione Lazio e altri enti della P.A. (ad es.: Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute)
- fatturazione ed incasso delle prestazioni (Regione / privati)

Nell'espletamento di tali macro attività e considerando i relativi processo di supporto (acquisizione di beni e servizi, gestione delle risorse umane e tecnologiche, gestione delle risorse finanziarie), vengono gestiti i rapporti con la Pubblica Amministrazione e relativi organi ispettivi, con i fornitori di beni e servizi, con il personale dipendente, con i collaboratori libero professionisti, con i fornitori.

Dall'analisi dei rischi ai fini del D. Lgs. 231/2001 è emerso che, data la tipologia di attività sanitarie svolte, i Processi Sensibili allo stato riguardano principalmente quelli riportati nella tabella di cui all'Allegato 1 (Mappa dei rischi). L'elencazione esaustiva è tuttavia quella risultante dalla lettura della Parte Speciale in cui sono state evidenziate attività sensibili ulteriori individuate in via interpretativa all'esito dell'analisi dell'organizzazione aziendale.

Preliminare all'analisi del rischio è l'individuazione:

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

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

- Gestione delle attività inerenti la messa in conformità e il mantenimento dei requisiti (organizzativi, tecnologici, infrastrutturali) autorizzativi e di accreditamento della struttura;
- Gestione dei rapporti con enti della P.A.;
- Erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto del sistema di accreditamento istituzionale;
- Gestione e trattamento dei dati (informatici e non);
- Servizi generali, amministrativi e contabili (in specie per la disciplina dei rapporti con la P.A. e per gli aspetti economici ed amministrativi);
- Attività di programmazione e controllo;
- Gestione dei rapporti con il personale;
- Gestione dei processi relativi alla sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Gestione dei rifiuti;
- Gestione dei rapporti con i fornitori di beni e servizi.

Chiaramente tali attività vanno considerate analizzando il contesto e la specificità della struttura e tenendo conto della Carta dei Servizi, di tutti i sistemi di controllo, dei regolamenti e delle procedure già in essere.

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

- Ministero dell'Economia e Finanze, Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza;
- Ministero della Salute, Regione Lazio, Provincia di Roma, Comune di Albano Laziale, ASL Roma 6, Autorità Giudiziaria, Organi di Polizia;
- Ministero del Lavoro, Assessorato Regionale al Lavoro, INPS, INAIL, Uffici Provinciali del Lavoro, Centri per l'Impiego
- Fondi Interprofessionali per la Formazione Continua;
- Consulenti; fornitori e partner vari, cittadini/utenti e chiunque abbia, a qualunque titolo, rapporti con la Struttura sanitaria.

La Parte Speciale del Modello indica nel dettaglio i rischi associabili alle diverse tipologie di reati previsti dal D. Lgs. 231/01.

6. L'Organismo interno di Vigilanza

6.1 Nomina

L'Organismo di Vigilanza (l'“Organismo” o l'“OdV”) è istituito con delibera del Comitato di Direzione.

L'avvenuto conferimento dell'incarico viene formalmente comunicato da parte del Direttore Generale a tutti i livelli aziendali, mediante la circolazione di un comunicato interno che illustri poteri, compiti, responsabilità dell'O.d.V., nonché la sua collocazione gerarchica ed organizzativa e le finalità della sua costituzione.

L'Organismo di Vigilanza resta in carica per il numero di esercizi sociali stabilito dal Comitato di Direzione all'atto di nomina e comunque (ovvero in assenza di sua determinazione all'atto di nomina) non oltre tre esercizi, ed è rieleggibile.

L'O.d.V. cessa per scadenza del termine definito nell'atto di nomina pur continuando a svolgere ad interim le proprie funzioni (in regime di cd. *prorogatio*) fino a nuova nomina dei componenti dell'Organismo stesso.

6.2 Requisiti e decadenza

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

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

- relazioni di parentela, coniugio (o situazioni di convivenza di fatto equiparabili al coniugio) o affinità entro il quarto grado con componenti del Comitato di Direzione, del Collegio dei Revisori, nonché dei soggetti apicali dell'Ospedale;
- funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso l'Ospedale;
- 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;
- rapporto di pubblico impiego presso la Regione Lazio, la ASL Roma 6 nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza

ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con gli stessi enti;

- 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;
- 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.

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 per i componenti dell'O.d.V. le seguenti competenze:

- conoscenza dell'organizzazione aziendale e dei principali processi aziendali tipici del settore sanitario;
- conoscenze giuridiche tali da consentire l'identificazione delle fattispecie suscettibili di configurare ipotesi di reato;
- capacità di individuazione e valutazione degli impatti, discendente dal contesto normativo di riferimento, sulla realtà aziendale.

6.3 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 scritta al Direttore Generale.

Se nel corso dell'esercizio vengono a mancare uno o più membri dell'O.d.V., il Comitato di Direzione 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.

6.4 Conflitti di interesse, concorrenza

Nel caso in cui, con riferimento ad una operazione disciplinata da un **protocollo [per protocollo deve intendersi ogni procedura adottata dall'Ente quale elemento costitutivo del Modello ai sensi del D. Lgs. 231/2001]**, uno o più membri dell'O.d.V. 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 al Direttore Generale (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'O.d.V. si applica il divieto di concorrenza di cui all'art. 2390 c.c.

6.5 Composizione

In ottemperanza a quanto previsto nel D. Lgs. 231/2001 e tenuto conto delle caratteristiche peculiari della propria struttura organizzativa, l'Ospedale affida la funzione di Organismo di Vigilanza, con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché di curarne l'aggiornamento, ad un organismo collegiale.

In considerazione della specificità dei compiti attribuiti all'Organismo e delle professionalità di volta in volta richieste, nello svolgimento delle funzioni di vigilanza, controllo ed aggiornamento l'O.d.V. si avvale della collaborazione delle funzioni sanitarie e tecnico-amministrative interne dell'Ospedale di volta in volta competenti.

Inoltre, ove siano richieste specializzazioni non presenti all'interno delle funzioni sopra indicate, l'Organismo potrà fare ricorso ad altre funzioni dell'Ospedale nonché a consulenti esterni, i quali saranno nominati dal Direttore Generale, su specifica richiesta ed indicazione dell'Organismo stesso.

6.6 Riporto dell'Organismo

Nello svolgimento delle proprie attività, l'Organismo riporta:

- a. al Direttore Generale e al Collegio dei Revisori, su base periodica (almeno annuale), mediante relazione illustrativa avente ad oggetto il complesso delle attività dallo stesso svolte e dello stato di attuazione del Modello;
- b. al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, su base continuativa, mediante la presentazione di rapporti scritti, concernenti aspetti puntuali e specifici della propria attività, ritenuti di particolare rilievo e significato nel contesto dell'attività di prevenzione e controllo.

L'Organismo potrà inoltre essere convocato dagli organi sopra menzionati ogni qualvolta sia dagli stessi ritenuto opportuno, per riportare in merito a specifici fatti od accadimenti o per discutere di argomenti ritenuti di particolare rilievo nel contesto della funzione di prevenzione di reati.

Analogamente, l'Organismo potrà riferire agli organi sopra menzionati specifici fatti od accadimenti, ogni qualvolta lo ritenga opportuno.

Di regola, in caso di violazione del Modello da parte di uno dei membri del Comitato di Direzione o del Collegio dei Revisori, l'Organismo riporta a tali organi per l'adozione di adeguati provvedimenti.

Pertanto, stante la necessità di garantire l'indipendenza dell'Organismo, laddove esso ritenga che per circostanze gravi e comprovabili sia necessario riportare direttamente al Consiglio Generale informazioni che riguardano violazioni del Modello da parte del Direttore Generale, del Collegio dei Revisori, esso è autorizzato, mediante richiesta al Presidente del Consiglio Generale (o, in caso di assenza, impedimento o coinvolgimento di quest'ultimo, ad uno dei membri del Consiglio Generale o al Presidente del Collegio dei Revisori, a seconda del caso) ad essere ammesso a partecipare alla prima riunione utile, al fine di riferire ai membri del Consiglio stesso.

6.7 Funzioni, compiti e poteri

All'Organismo sono affidate le seguenti funzioni:

- vigilare sull'effettiva e concreta applicazione del Modello, verificando la congruità dei comportamenti all'interno dell'Ospedale rispetto allo stesso;

- valutare la concreta adeguatezza del Modello a svolgere la sua funzione di strumento di prevenzione di reati;
 - analizzare il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Modello;
 - relazionare agli organi competenti sullo stato di attuazione del Modello segnalando, per gli opportuni provvedimenti, le violazioni accertate del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Ospedale;
 - elaborare proposte di **modifica** ed aggiornamento del Modello volte a correggere eventuali disfunzioni o lacune, come emerse di volta in volta;
 - sottoporre proposte di integrazione ovvero di adozione di istruzioni per l'attuazione del Modello agli organi competenti;
 - promuovere e/o sviluppare, di concerto con le funzioni aziendali preposte, l'organizzazione di corsi di formazione.
-
- Nell'espletamento di tali funzioni, l'Organismo ha il compito di:
 - proporre e promuovere tutte le iniziative necessarie alla conoscenza del Modello all'interno ed all'esterno dell'Ospedale;
 - sviluppare sistemi di controllo e monitoraggio volti alla ragionevole prevenzione delle irregolarità ai sensi del D. Lgs. 231/2001;
 - coordinarsi con il responsabile dell'Ufficio Qualità e Formazione per la definizione dei programmi di formazione per il personale e del contenuto delle comunicazioni periodiche da farsi ai Dipendenti e agli Organi di governo, finalizzate a fornire agli stessi la necessaria sensibilizzazione e le conoscenze di base della normativa di cui al D. Lgs. 231/2001;
 - predisporre ed aggiornare con continuità, in collaborazione con la funzione deputata, lo spazio sul sito Internet contenente tutte le informazioni relative al D. Lgs. 231/2001 e al Modello;
 - controllare l'attività svolta dalle varie funzioni all'interno dell'Ospedale, accedendo alla relativa documentazione e, in particolare, controllare l'effettiva presenza, la regolare tenuta e l'efficacia della documentazione

richiesta in conformità a quanto previsto nei protocolli per le diverse tipologie di reati;

- effettuare verifiche mirate su determinati settori o specifiche procedure dell'attività aziendale e condurre le indagini interne per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del Modello;
- 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, provvedendo, in caso contrario, a un aggiornamento degli elementi stessi;
- coordinarsi con le altre funzioni aziendali, al fine di studiare la mappa delle aree a rischio, monitorare lo stato di attuazione del Modello e predisporre 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, elaborare e conservare dati ed informazioni relative all'attuazione del Modello.

All'Organismo di Vigilanza sono devoluti poteri ispettivi e di controllo non in ordine alla realizzazione dei reati, bensì al funzionamento ed all'osservanza del Modello nel suo complesso, per finalità di miglioramento ed aggiornamento del Modello stesso. In particolare per esercitare efficacemente le proprie funzioni l'Organismo di Vigilanza:

- ha libero accesso a tutti i documenti e tutte le informazioni presso tutte le funzioni dell'Ospedale ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal D. Lgs. 231/2001;
- può avvalersi, sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità, dell'ausilio di tutte le strutture dell'Ospedale ovvero di consulenti esterni.

6.8 Funzionamento dell'Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza nomina fra i suoi membri un presidente, quando a ciò non provveda il Comitato di Direzione in sede di nomina dell'Organismo di Vigilanza nel suo complesso.

L'Organismo di Vigilanza può inoltre nominare uno o più vicepresidenti ed un segretario, anche in via permanente ed anche estraneo all'Organismo di Vigilanza.

Il presidente coordina i lavori dell'Organismo di Vigilanza nei casi in cui presieda la relativa riunione e provvede in ogni caso affinché adeguate informazioni sulle materie iscritte all'ordine del giorno vengano fornite a tutti gli altri membri dell'Organismo di Vigilanza.

L'Organismo di Vigilanza si riunisce su avviso di convocazione, nel luogo ivi indicato (presso la sede legale dell'Ospedale o altrove, in Italia) almeno una volta ogni 3 mesi e, comunque, ogni qual volta se ne presenti la necessità e/o opportunità.

La convocazione è fatta dal presidente ovvero dal vicepresidente o da altro membro delegato o da persona da loro a ciò incaricata, mediante avviso indicante giorno, ora, luogo e ordine del giorno della riunione, inviato a tutti gli altri componenti con lettera raccomandata o con qualsiasi altro mezzo idoneo allo scopo (ad esempio, telegramma, telefax o posta elettronica) almeno cinque giorni prima della data stabilita per la riunione.

L'Organismo di Vigilanza è regolarmente costituito, anche in difetto di formale convocazione, quando tutti i componenti sono presenti ovvero, per dichiarazione del presidente della riunione, risultano informati della riunione e nessuno si oppone alla trattazione degli argomenti all'ordine del giorno.

Le riunioni sono presiedute dalla persona nominata dall'Organismo di Vigilanza o, in mancanza, dal presidente dell'Organismo di Vigilanza ovvero, in caso di sua assenza o impedimento, dal vicepresidente se nominato o da altro membro delegato.

L'Organismo di Vigilanza è regolarmente costituito con la presenza della maggioranza dei suoi membri e delibera validamente con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente. Nel quorum costitutivo si computano oltre ai votanti anche gli astenuti. Nel quorum deliberativo non si computano gli astenuti.

Il membro dell'Organismo di Vigilanza che, senza giustificato motivo, non partecipa a tre riunioni consecutive, può essere revocato dall'Organismo stesso. In tal caso, come in ogni altra ipotesi di vacanza della carica di componente, il Comitato di Direzione provvede alla cooptazione di altro componente che resterà in carica sino alla naturale scadenza dell'Organismo di Vigilanza.

Le deliberazioni dell'Organismo di Vigilanza devono constare da verbale sottoscritto dal presidente e dal segretario, da inoltrare al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo e da conservarsi in apposito in apposito libro delle decisioni.

Le riunioni possono svolgersi, con interventi dislocati in più luoghi, contigui o distanti, anche per audioconferenza o videoconferenza.

In alternativa al metodo deliberativo come sopra descritto, tutte le decisioni dell'Organismo di Vigilanza possono essere adottate mediante consultazione scritta o mediante consenso espresso per iscritto, sulla base di:

- a. un unico documento da cui risulti chiaramente l'argomento oggetto della decisione, che dovrà essere datato e sottoscritto da ciascun componente con l'indicazione "visto ed approvato" oppure "visto e non approvato" oppure "visto ed astenuto" e quindi depositato nel fascicolo di segreteria a cura del presidente dell'Organismo di Vigilanza (consultazione scritta);
- b. una pluralità di documenti, tutti di identico contenuto (da cui risulti chiaramente l'argomento oggetto della decisione) che saranno inviati dal proponente a tutti i componenti; ciascun componente daterà e sottoscriverà il documento da lui ricevuto con l'indicazione "visto ed approvato" oppure "visto e non approvato" oppure "visto ed astenuto", provvedendo quindi a trasmettere al presidente dell'Organismo di Vigilanza il documento da lui sottoscritto per il suo deposito nel fascicolo di segreteria (consenso espresso per iscritto).

Le decisioni dell'Organismo di Vigilanza così assunte sono validamente adottate con il consenso favorevole di tanti componenti che rappresentano la maggioranza assoluta dei componenti in carica e prendono la data dell'ultima dichiarazione pervenuta nel termine prescritto.

6.9 Attività di verifica dell'Organismo di Vigilanza

Le verifiche dell'OdV sono:

- **programmate**, ossia previste nel piano di programmazione elaborato dall'O.d.V.;
- **spot**, ossia non inserite nel programma delle verifiche ma, in corso d'anno, considerate comunque necessarie dall'Organismo di Vigilanza.

L'O.d.V. provvede ad una pianificazione annuale delle attività di verifica ed invia, di norma, il piano di audit al Direttore Generale della struttura entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno e comunque non oltre il 1° trimestre dell'anno cui la pianificazione si riferisce.

6.10 Obblighi

I componenti dell'O.d.V. devono adempiere al loro incarico con la diligenza richiesta dalla natura dell'incarico, dalla natura dell'attività esercitata e dalle loro specifiche competenze.

Nell'esercizio delle sue funzioni, l'O.d.V. deve improntarsi a principi di autonomia ed indipendenza.

I componenti dell'Organismo di Vigilanza sono tenuti al rispetto degli obblighi di riservatezza in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle loro funzioni.

6.11 Remunerazione e rimborsi spese

La remunerazione spettante ai componenti dell'Organismo di Vigilanza è stabilita all'atto della nomina o con successiva decisione del Comitato di Direzione.

Ai componenti dell'O.d.V. spetta il rimborso delle spese sostenute per le ragioni dell'ufficio.

6.12 Indipendenza, revoca

E' vietata ogni forma di ritorsione o comportamento discriminatorio o comunque pregiudizievole, in via diretta o indiretta, nei confronti dei membri dell'O.d.V. per l'attività svolta.

Il Comitato di Direzione adotta forme di tutela nei confronti dell'O.d.V. per evitare tali ritorsioni o comportamenti discriminatori o pregiudizievoli.

In particolare, l'adozione di sanzioni disciplinari nonché di qualsiasi atto modificativo o interruttivo del rapporto dell'Ospedale con l'Organismo (o alcuno dei soggetti che lo compongono) nonché di qualsiasi altro rapporto di lavoro o collaborazione intrattenuto a qualsiasi altro titolo tra esso e l'Ospedale è sottoposto alla preventiva e motivata approvazione del Comitato di Direzione e, in caso di approvazione degli interventi modificativi o interruttivi, è data adeguata informazione da parte del Presidente al Consiglio Generale, alla prima occasione utile.

Fermo restando quanto precede, al fine di garantire la necessaria stabilità all'Organismo di Vigilanza o ai suoi membri, la revoca dell'Organismo di Vigilanza o di alcuno dei suoi membri, ovvero dei poteri loro attribuiti nell'ambito della relativa carica, può avvenire soltanto per una 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 annuale al Direttore Generale ed al Collegio dei Revisori sull'attività svolta;
- l'omessa redazione di un programma annuale di verifiche 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'Ospedale ai sensi del D. Lgs. 231/2001 ovvero da altro provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità.

L'attribuzione all'OdV (o ad un suo membro) di funzioni e responsabilità operative all'interno dell'organizzazione aziendale comunque incompatibili con i requisiti di "autonomia e indipendenza" e "continuità di azione" propri dell'Organismo comporta l'incompatibilità di tale soggetto dalla funzione di O.d.V.. Tale incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al Comitato di Direzione e

da esso accertata mediante delibera, con conseguente decadenza e sostituzione di tale soggetto.

In casi di particolare gravità, il Comitato di Direzione potrà comunque disporre – sentito il parere del Collegio dei Revisori – la sospensione dei poteri dell’O.d.V. e la nomina di un Organismo ad interim.

6.13 Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza

L’OdV deve essere informato, mediante apposite segnalazioni da parte dei Dipendenti, degli Organi di governo, dei Consulenti e dei Partner in merito ad eventi che potrebbero ingenerare responsabilità dell’Ospedale ai sensi del D. Lgs. 231/2001. All’uopo l’Ospedale ha attivato le seguenti caselle di posta elettronica odv231@reginaapostolorum.it o alla casella odv231@gmail.com a cui tutti i soggetti interessati possono inviare le proprie comunicazioni.

Valgono al riguardo 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 con le modalità e 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 indicate al successivo paragrafo 7.3 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;

L'OdV valuta le segnalazioni ricevute; gli eventuali provvedimenti conseguenti sono applicati in conformità a quanto previsto al successivo paragrafo 7 (Sistema Disciplinare).

Nell'ambito delle misure implementate dall'Ospedale 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 comunicazioni, dati ed informazioni aventi ad oggetto l'attività svolta ed i servizi erogati dall'Ente; dall'altro, è tenuto ad adempiere a precisi obblighi informativi nei confronti degli organi sociali.

I flussi informativi verso l'OdV

Per quanto attiene i flussi informativi verso l'OdV, è espressamente previsto l'obbligo, gravante in capo a tutti i Destinatari di comunicare con immediatezza qualsiasi circostanza idonea a configurare una violazione del Modello e dei Protocolli che lo costituiscono, incluso il Codice Etico.

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, è, altresì, previsto che i Destinatari trasmettano all'Organismo di Vigilanza, con la massima tempestività, o comunque entro i termini previsti dalle procedure interne, tutte le informazioni dai **Flussi informativi verso l'OdV** riportati nelle sezioni della parte speciale del presente modello oltre che:

1. gli ordini ricevuti dal superiore e ritenuti in contrasto con la legge, la normativa interna, o il Modello;
2. 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'Ospedale;
3. le omissioni o le falsificazioni nella tenuta o nella conservazione della contabilità;
4. le omissioni o le falsificazioni nella tenuta o nella conservazione della documentazione sanitaria;

5. 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'Ospedale o i Destinatari;
6. la violazione delle procedure interne riguardanti la selezione dei fornitori o degli appaltatori.

L'Ospedale adotta misure idonee a garantire la riservatezza durante l'attività di gestione della segnalazione circa l'identità di chi la trasmette all'Organismo di Vigilanza per identificare comportamenti difforni da quanto previsto dal Modello Organizzativo. A questo proposito, ai sensi della Legge 30 novembre 2017 n. 179, tra i canali previsti è stato attivato un canale alternativo, mail indirizzata al Presidente dell'ODV *odv231@gmail.com*, idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante.

E' 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 ed è assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante.

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'Ospedale o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede.

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'Ospedale, i suoi Dipendenti o componenti gli Organi di governo;
- le richieste di assistenza legale inoltrate all'Ospedale 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 (ivi compresi i provvedimenti verso i Dipendenti o Medici) 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.

Tutti i soggetti tenuti all'osservanza del Modello devono comunicare all'Organismo di Vigilanza, 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; l'intento è quello di favorire una collaborazione attiva, di fronte ad un atto illecito o comunque non in linea con i principi e le regole prefissate nell'ambito del Modello.

Gli stessi inoltre sono tenuti a mettere a disposizione dell'Organismo in modo tempestivo le informazioni ed i dati da questo richiesti nel corso delle attività di vigilanza. A tal fine, per la gestione delle segnalazioni e dei flussi informativi, costituisce punto di riferimento quanto indicato nel presente Modello, parte Generale e parte Speciale, e nella procedura Segnalazioni MOG 231.

6.14 Raccolta e conservazione delle informazioni

Ogni informazione, segnalazione, report previsto nel presente Modello è conservato dall'OdV in un apposito data base (informatico o cartaceo) per un periodo di 5 anni. L'accesso al data base è consentito al Direttore Generale alla presenza dell'Organismo di Vigilanza.

L'Organismo di Vigilanza è tenuto a documentare, mediante la conservazione di documenti informatici e/o cartacei, le segnalazioni ricevute, al fine di garantire la

completa tracciabilità degli interventi intrapresi per l'adempimento delle sue funzioni istituzionali.

L'Organismo di Vigilanza si riserva di archiviare le stesse secretando dati ed elementi che possano consentire l'identificazione dei soggetti segnalanti, se non con espresso consenso, al fine di garantire la riservatezza dei dati dei segnalanti.

I documenti cartacei sono archiviati presso un luogo identificato il cui accesso è consentito unicamente all'Organismo di Vigilanza ovvero ai soggetti espressamente autorizzati dall'Organismo di Vigilanza.

In caso di segnalazioni prodotte in evidente malafede, l'Organismo di Vigilanza si riserva di archiviare le stesse cancellando i nomi e gli elementi che possano consentire l'identificazione dei soggetti segnalati.

I documenti cartacei sono archiviati presso un luogo identificato il cui accesso è consentito unicamente all'Organismo di Vigilanza ovvero ai soggetti espressamente autorizzati dall' Organismo di Vigilanza

6.15 Poteri di spesa, nomina di consulenti esterni

L'Organismo di Vigilanza è dotato di poteri di spesa nei limiti del budget di spesa determinato dal Direttore Generale all'atto della nomina e, se del caso, riesaminato sulla base di ulteriori esigenze indotte dall'esito dell'attività di vigilanza.

L'O.d.V. può avvalersi - sotto la sua diretta responsabilità -, nello svolgimento dei compiti affidatigli, della collaborazione di tutte le funzioni e strutture dell'Ospedale ovvero di consulenti esterni.

All'atto del conferimento dell'incarico, il consulente esterno deve rilasciare apposita dichiarazione nella quale attesta:

- l'assenza dei sopra elencati motivi di ineleggibilità o di ragioni ostative all'assunzione dell'incarico (ad esempio: conflitti di interesse; relazioni di parentela con componenti del Comitato di Direzione dell'Ente, Revisori, ecc.);
- la circostanza di essere stato adeguatamente informato delle disposizioni e delle regole comportamentali previste dal Modello e di impegnarsi a rispettarle.

7.0 La formazione delle risorse e la diffusione del Modello

7.1 Formazione ed informazione dei Dipendenti e dei lavoratori parasubordinati

Ai fini dell'efficacia del presente Modello, è obiettivo dell'Ospedale garantire una corretta conoscenza, sia da parte delle risorse già presenti in azienda che 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 il responsabile dell'Ufficio Qualità e Formazione e con i responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolte nella applicazione del Modello.

- ***La comunicazione iniziale***

L'adozione del presente Modello è comunicata dal Direttore Generale a tutti i Dipendenti presenti in azienda al momento dell'adozione stessa. A costoro viene consegnata copia del presente Modello.

Ai nuovi assunti, invece, viene consegnato un set informativo (copia del CCNL, Codice Etico e Modello Organizzativo 231/2001), con il quale assicurare agli stessi le conoscenze considerate di primaria rilevanza.

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

- ***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 dell'Ospedale.

In particolare, l'Ospedale 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 aziendale).

7.2 Informazione ai Consulenti ed ai Partner

I Consulenti ed i Partner devono essere informati del contenuto del Modello e dell'esigenza dell'Ospedale che il loro comportamento sia conforme ai disposti del D. Lgs. 231/2001. A costoro viene consegnata copia del presente Modello.

I suddetti soggetti, al momento della consegna del presente Modello, 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 dell'Ospedale, al rispetto dei principi, regole e procedure in esso contenuti.

8.0 Sistema disciplinare

8.1 Funzioni del Sistema Disciplinare

Il Sistema disciplinare è rivolto a sanzionare i comportamenti non conformi ai regolamenti e ai protocolli adottati dalla struttura da parte degli organi apicali, dei dipendenti, collaboratori, fornitori e partner commerciali.

Il Sistema Disciplinare dell'Ospedale opera nel rispetto delle norme vigenti in materia di diritto del lavoro, ivi incluse quelle previste nella contrattazione collettiva, ed ha natura eminentemente interna all'Ospedale 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 dell'Ospedale.

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'Ospedale.

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 dall'Ospedale.

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 l'Ospedale e sanciti dai CCNL:

- i. condotta del dipendente: dolo o colpa (negligenza, imprudenza, imperizia);
- ii. mansioni e grado del dipendente;
- iii. rilevanza degli obblighi violati;
- iv. potenzialità del danno derivante all'Ospedale, anche in relazione all'eventuale applicazione delle sanzioni previste dal D.Lgs. n. 231/01 e successive modifiche e integrazioni;
- v. 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'Ospedale 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 dall'Ospedale 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 i vigenti CCNL del personale medico, 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'Ospedale 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 dell'Ente, 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’Ospedale;
- 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, l’Ente potrà disporre la sospensione cautelare e non disciplinare del medesimo, con effetto immediato.

Nel caso in cui l’Ente 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 del dipendente

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.

E' 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 del Comitato di Direzione, Direttore Generale e dei Revisori.

In caso di violazione da parte di membri del Comitato di Direzione, del Direttore Generale e dei Revisori rispetto a quanto prescritto nel Modello adottato dall'Ente, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Comitato di Direzione, il quale provvederà ad assumere le opportune iniziative previste dalla vigente normativa, ivi compresa la convocazione del Consiglio Generale per l'esame e l'adozione dei provvedimenti conseguenti, tra i quali la revoca per giusta causa del membro del Comitato di Direzione, del Direttore Generale o del Revisore.

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 membro del Comitato di Direzione, del Direttore Generale e/o di un Revisore, 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 Comitato di Direzione o il Consiglio Generale (laddove competente) dovrà applicare le seguenti sanzioni, graduate in ordine crescente di gravità:

1. il richiamo scritto;
2. la diffida al puntuale rispetto delle previsioni del Modello;
3. la decurtazione degli emolumenti o del corrispettivo fino al 50%;
4. la revoca dall'incarico per giusta causa.

In particolare le sanzioni di cui ai precedenti punti 3 e 4 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.

E' demandato al Comitato di Direzione e al Consiglio Generale, ove competente, l'esame e l'adozione di provvedimenti disciplinari adeguati – ivi compresa la revoca per giusta causa - nei confronti dei membri dell'Organismo di Vigilanza e dei componenti del Comitato di Direzione 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 231 adottato dall'Ente.

L'O.d.V. 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 dall'Ente da parte di un soggetto che rivesta la carica di membro del Comitato di Direzione, trasmette al Comitato stesso una relazione contenente:

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

Entro dieci giorni dall'acquisizione della relazione dell'O.d.V., deve essere convocato il Comitato di Direzione - da tenersi entro e non oltre trenta giorni dalla ricezione della relazione stessa - e nei medesimi termini convocato il soggetto

indicato dall'O.d.V., che verrà invitato a partecipare all'adunanza del suddetto Comitato.

La convocazione deve essere effettuata secondo le modalità previste dal Regolamento e deve contenere l'indicazione della condotta contestata oggetto di violazione, con l'avviso della facoltà di formulare eventuali rilievi e/o deduzioni, sia scritte e sia verbali.

In occasione dell'adunanza del Comitato di Direzione, a cui è invitato a partecipare anche l'O.d.V., vengono disposti l'audizione dell'interessato, l'acquisizione delle eventuali deduzioni da quest'ultimo formulate e l'espletamento degli eventuali ulteriori accertamenti ritenuti opportuni.

Il Comitato di Direzione, sulla scorta degli elementi acquisiti, determina la sanzione ritenuta applicabile, motivando l'eventuale dissenso rispetto alla proposta formulata dall'O.d.V..

Qualora la sanzione ritenuta applicabile consista nella decurtazione degli emolumenti o nella revoca dell'incarico, il Comitato di Direzione provvede a convocare il Consiglio Generale per le relative deliberazioni.

La delibera del Comitato di Direzione e/o quella del Consiglio Generale, a seconda dei casi, viene comunicata per iscritto, a cura del Direttore Generale, all'interessato nonché all'O.d.V., per le opportune verifiche.

Il procedimento sopra descritto trova applicazione anche qualora sia riscontrata la violazione del Modello da parte dei membri del Collegio dei Revisori, nei limiti consentiti dalle norme di legge applicabili.

In tutti i casi in cui è riscontrata la violazione del Modello da parte di un organo dirigente legato all'Ente 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.

8.7 Misure nei confronti di fornitori, collaboratori esterni e partner

Nei confronti di fornitori, collaboratori esterni 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 adottati dall'Ente, tali da comportare il rischio di irrogazione di sanzioni a carico dell'Ente stesso, si potrà dar

luogo, in applicazione di quanto previsto dalle 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 l'Ente, l'Ospedale Regina Apostolorum si riserva la facoltà di richiedere anche il risarcimento dei danni subiti.