



Acilia Medica S.r.l.

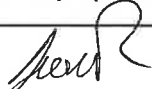

Modello Organizzativo D.LGS. 231/01

Codice di comportamento ex art.6 comma 3 del D.Lgs 8 Giugno 2001 N.231

Acilia Medica S.r.l.
Via Giorgione 10000
00138 Roma
06 47 87 00 1

Versione del 12/02/2024

CONTROLLO DEL DOCUMENTO

Revisione	Data	Motivo della revisione	Visto preparazione	Visto approvazione
01	12.02.2024	Prima emissione		

Titolare del Documento



Acilia Medica S.r.L.

Sede Operativa: Via Ottone Fattiboni, 186 - 190
00126 - ROMA

Sede Operativa: Via Carlo Denina nn. 30-32-32°
00179 - ROMA

Timbro **Acilia Medica srl**
Via Ottone Fattiboni, 186/190
00126 Roma
P.Iva/C.F. 14258634002

Il presente documento contiene informazioni e dati della società Acilia Medica S.r.l.. Pertanto documento e contenuti non sono divulgabili in nessuna forma senza esplicito consenso da parte del titolare.

Sommario

PREMESSA	7	
D.Lgs 231/2001	7	
1. INTRODUZIONE	9	
1.1 GENERALITÀ.....	9	
1.2 STRUTTURA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231	10	
1.3 INTEGRABILITÀ' CON GLI ALTRI SISTEMI DI GESTIONE	12	
1.3.1 APPROCCIO PER PROCESSI.....	12	
1.3.2 METODOLOGIA APPLICATA PER LA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231	12	
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE/PRESENTAZIONE E POLITICA DELLA SOCIETA'	13	
2.1 GENERALITÀ'.....	13	
2.2 SCOPO.....	13	
2.2.1. MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO.....	13	
2.3 APPLICAZIONE	14	
2.4 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETA'.....	14	
2.5 GLI ORGANI SOCIALI DI ACILIA MEDICA S.R.L.....	15	
ORGANO AMMINISTRATIVO DIREZIONE SANITARIA DIRETTORE TECNICO	15	
2.6 MODIFICHE ED INTEGRAZIONI DEL MODELLO	15	
2.7 DESTINATARI DEL MODELLO.....	16	
2.8 LA POLITICA.....	16	
2.9 OBIETTIVI.....	17	
3. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	18	
3.1 NORME E LINEE GUIDA.....	18	
4. TERMINI E DEFINIZIONI	19	
5. SISTEMA DI GESTIONE PER LA RESPONSABILITÀ' AMMINISTRATIVA (SGRA).....	21	
5.1 REQUISITI GENERALI	21	
5.2 IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE.....	23	
6. PIANIFICAZIONE DELLA IDENTIFICAZIONE DEI POSSIBILI REATI E D.LGS 231/01	23	23
6.1 GENERALITÀ'.....	23	
6.2 DEFINIZIONE DI RISCHIO ACCETTABILE.....	25	
6.3 IL LIVELLO DEI RISCHI E LA MATRICE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	26	
6.3.1. STRUMENTO DI LAVORO.....	26	
6.4 POSSIBILI REATI PREVISTI DAL D.LGS 231/01	27	
6.5 ASPETTI GENERALI	27	

6.6 LE PROCEDURE	27
6.7 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI.....	29
6.8 L'ADOZIONE DEL MODELLO	29
7. CONTROLLO DELLA VALIDITA' DEL SISTEMA DI GESTIONE	30
7.1 DOCUMENTI RELATIVI AL PROGRAMMA DI AUDIT INTERNI	30
7.2 ATTUAZIONE E STANDARDIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE	31
8. RESPONSABILITA' DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO	31
8.1 IL SISTEMA DEI POTERI.....	31
8.2 IMPEGNO DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO.....	32
8.3 CODICE ETICO E POLITICA PER LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA	32
9. ORGANISMO DI VIGILANZA.....	33
9.1 RUOLO E COMPOSIZIONE.....	34
9.2 RISERVATEZZA	34
9.3 COMPITI E POTERI	35
9.4 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	36
9.5 FLUSSI INFORMATIVI. DISPOSIZIONI IN TEMA DI WHISTLEBLOWING.....	37
9.6 INIZIATIVA DI CONTROLLO	39
9.7 STRUMENTI DI CONTROLLO E AZIONE.....	39
9.8 LA RELAZIONE DELL'ODV.....	39
10. OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE DAL VERTICE AZIENDALE	40
10.1 AMBITO DI RIFERIMENTO	40
10.2 ATTIVITA' DI CONTROLLO	40
10.3 RIESAME DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO.....	41
11. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	41
11.1 SCOPO.....	41
11.2 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.....	42
11.3 FORMAZIONE, INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE.....	42
12. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO.....	43
12.1 PREMESSA.....	43
12.2 DIPENDENTI, COLLABORATORI, CONSULENTI.....	43
12.3 LE CONDOTTE RILEVANTI.....	44
12.4 LE SANZIONI.....	46
12.5 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO O DI VIGILANZA E DEI DIPENDENT'	47
12.6 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DEI TERZI DESTINATARI.....	48
12.7 IL PROCEDIMENTO DI IRROGAZIONE DELLE SANZIONI.....	48

PARTE SPECIALE.....	49
Introduzione.....	49
INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI REATI DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DI ACILIA MEDICA	50
13. VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REATO DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DI ACILIA MEDICA	51
13.1 METODOLOGIA DI PESATURA DEI RISCHI.....	52
13.2.: (IN PARTICOLARE) STANDARD DI CONTROLLO IN RELAZIONE AI REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	52
13.3. (IN PARTICOLARE) NOZIONE DI “PUBBLICA AMMINISTRAZIONE”, DI “PUBBLICO UFFICIALE”, DI “PERSONA INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO”.....	55
14. PARTE SPECIALE "A"	
14.1.AREE AZIENDALI A RISCHIO	
14.2 SEZIONE I AREA AMMINISTRAZIONE/ACCETTAZIONE	57
14.3 ATTIVITÀ SENSIBILI	58
14.4 REATI RILEVANTI.....	60
14.5 SOGGETTI RILEVANTI	61
14.6 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	62
14.7 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	64
15 AREA ACQUISTI.....	64
15.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE.....	64
15.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	65
15.3 REATI RILEVANTI.....	65
15.4 SOGGETTI RILEVANTI	66
15.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	66
16 AREA GESTIONE DEL PERSONALE.....	67
16.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE.....	67
16.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	67
16.3 REATI RILEVANTI.....	68
16.4 SOGGETTI RILEVANTI	69
16.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	69
16.6 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	70
17 DIREZIONE SANITARIA	71
17.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE.....	71
17.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	71
17.3 REATI RILEVANTI.....	72

17.4 SOGGETTI RILEVANTI	73
17.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	73
18 AREA QUALITÀ' E SICUREZZA SUL LAVORO.....	74
18.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE.....	74
18.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	76
18.3 REATI RILEVANTI.....	77
18.4 SOGGETTI RILEVANTI	78
18.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	78
PARTE SPECIALE "B"	80
19 REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.....	80
19.1 FATTISPECIE DI REATO.....	80
19.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	81
19.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	82
20 REATI SOCIETARI.....	84
20.1 FATTISPECIE DI REATO.....	84
20.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	85
20.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	85
21 DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO	87
21.1 FATTISPECIE DI REATO.....	88
21.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	88
21.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	88
22 VIOLAZIONE DEI DIRITTI D'AUTORE	89
22.1 FATTISPECIE DI REATO.....	89
22.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	89
22.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	89
23 REATI IN RICETTAZIONE, RICICLAGGIO, IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA E AUTORICICLAGGIO	90
23.1 FATTISPECIE DI REATO.....	90
23.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	90
23.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	92
23.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	92
24 REATI INFORMATICI	92
24.1 FATTISPECIE DI REATO.....	93
24.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	93
24.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	94
25 DELITTI DI CRIMINALITÀ ORGANIZZATA.....	95

25.1 FATTISPECIE DI REATO.....	95
25.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	96
25.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	96
26 I REATI IN TEMA DI SALUTE E DI SICUREZZA SUL LAVORO	97
26.1 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO NELLE AREE DI ATTIVITÀ A RISCHIO	98
26.2 AREE A RISCHIO	98
26.3 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELL'ODV	105
27 PRATICHE DI MUTILAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI.....	106
27.1 I REATI APPLICABILI	106
27.2 AREE A RISCHIO E PRINCIPALI FUNZIONI COINVOLTE	107
27.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO	107
27.4 PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE.....	108
28 DELITTI CON FINALITÀ' DI TERRORISMO O DI EVERSIONE DELL'ORDINE DEMOCRATICO	108
28.1 FATTISPECIE DI REATO.....	108
28.2 LE AREE A RISCHIO E I RELATIVI CONTROLLI.....	109
28.3 PRINCIPI DI CONTROLLO SPECIFICI.....	111
28.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	111
28.5 REATI C.D. TRANSNAZIONALI.....	112
28.6 LE ATTIVITÀ SENSIBILI AI FINI DEL D.LGS. 231/2001 E RELATIVI CONTROLLI	112
29 IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO E' IRREGOLARE.	113
29.1 LE FATTISPECIE DI REATO RICHIAMATE DAL D.LGS. 231/2001	113
29.2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI AI FINI DEL D.LGS. 231/2001.....	114
30 RAZZISMO E XENOFOBIA.....	114
30.1 LE ATTIVITÀ SENSIBILI CON RIFERIMENTO ALLE FATTISPECIE DI REATO INDIVIDUATE. IL SISTEMA DI CONTROLLO.....	114
31. REATI DI FALSITÀ IN MONETA, IN CARTE PUBBLICHE DI CREDITO, IN VALORI DI BOLLO E IN STRUMENTI O SEGNI DI RICONOSCIMENTO.....	115
31.1 FATTISPECIE DI REATO.....	115
31.2 AREE A RISCHIO	115
31.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO NELLE AREE DI ATTIVITÀ A RISCHIO	117
31.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	118
32 FRODE IN COMPETIZIONI SPORTIVE, ESERCIZIO ABUSIVO DI GIOCO O DI SCOMMESSE E GIOCHI D'AZZARDO ESERCITATI A MEZZO DI APPARECCHI VIETATI	Errore. Il segnalibro non è definito.
32.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Errore. Il segnalibro non è definito.

33 REATI TRIBUTARI (Art. 25 quinquiesdecies).....	118
33.1 AREE A RISCHIO E PRINCIPALI FUNZIONI COINVOLTE	121
33.2 PRINCIPI DI ATTUAZIONE DEI PROCESSI DECISIONALI.....	123
34 REATI IN MATERIA DI MEZZI DI PAGAMENTO DIVERSI DAI CONTANTI.....	125
34.1 FATTISPECIE DI REATO.....	125
34.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	125
34.3 AREE A RISCHIO	126
35 REATI AMBIENTALI	127
35.1 FUNZIONE E DESTINATARI	127
35.2 AREE A RISCHIO	128
35.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO	128
36 MISURAZIONE E ANALISI DI MIGLIORAMENTO.....	129
36.1 PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE	129
36.2 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI.....	130
36.3 L'ANALISI DEI DATI.....	130
36.4 MIGLIORAMENTO CONTINUO	130

PREMESSA

D.LGS. 231/2001

Il D.Lgs. 231/2001 (in seguito anche “Decreto”) ha introdotto nell’ordinamento italiano una responsabilità “amministrativa” degli enti che si applica - in aggiunta a quella penale della persona fisica che ha posto materialmente in essere la condotta vietata - in relazione ad alcune fattispecie di reato (in due casi, come si vedrà nell’elenco che segue, anche di illeciti amministrativi) commesse, nell’interesse o a vantaggio degli enti stessi, da parte delle persone fisiche che rivestono funzioni di rappresentanza, amministrazione, direzione, dell’ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (c.d. soggetti “*apicali*”, art. 6), o da parte di soggetti sottoposti alla direzione o vigilanza di uno dei soggetti precedenti (c.d. soggetti “*sottoposti all’altrui direzione*”, art. 7).

Dal punto di vista dei criteri di imputazione soggettiva, l’elemento caratterizzante di detta nuova forma di responsabilità è costituito dalla previsione della c.d. “*colpa di organizzazione*”, che rende possibile l’imputazione all’ente dei reati commessi dalle persone fisiche operanti all’interno dello stesso e comunque nel suo interesse o a suo vantaggio.

La rimproverabilità per il fatto commesso si articolerà differentemente a seconda che questo sia ascrivibile al soggetto in posizione apicale o al sottoposto.

Nel primo caso, l’ente non risponde solo se prova:

- di avere adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del reato, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire i reati della specie di quello verificatosi;
- di aver affidato il compito di vigilare sul funzionamento, l’osservanza e l’aggiornamento dei predetti modelli ad un organismo dell’ente stesso dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;
- che le persone che hanno commesso il reato abbiano eluso fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione: ciò postula che le stesse abbiano ingannato *la struttura nel cui interesse è stato predisposto il modello organizzativo e gestionale ovvero gli altri soggetti che concorrono con il vertice nella realizzazione delle attività 'a rischio'*, aggirando mediante condotte frodatorie, falsificatrici, subdole ed oblique le regole contenute nel modello;
- che non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell’organismo di controllo.

Nel secondo caso, la responsabilità discende dalla inosservanza degli obblighi di vigilanza o direzione, salvo che l’ente avesse, prima della commissione del fatto, adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati del tipo di quello verificatosi.

Per ciò che attiene il considerevole profilo processuale relativo all’onere della prova, quindi, nel caso di un eventuale procedimento per accertare la responsabilità amministrativa da reato dell’ente, nella prima ipotesi – reato commesso da soggetto in posizione apicale – l’ente deve provare di avere soddisfatto i requisiti richiesti dall’art. 6, comma 1, lettere da *a)* a *d)* del d.lgs. 231, mentre nella seconda ipotesi – reato commesso dai sottoposti – l’onere di provare la mancata adozione, ovvero la mancata attuazione del modello organizzativo, ricade sull’accusa.

Le sanzioni previste dal Decreto (artt. 9 e ss.) si distinguono in:

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

La responsabilità dell'ente sussiste anche:

- in relazione a reati commessi all'estero previsti dall'art. 4 D.lgs. 231/2001, purché per gli stessi non proceda lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto;
- se l'autore del reato non è stato identificato o non è imputabile, o ancora se il reato si estingue per una causa diversa dall'amnistia (art. 8 D.lgs. 231/2001).

1. INTRODUZIONE

1.1 GENERALITÀ

In tale ottica la società **Acilia Medica S.r.l.** (ora in avanti indicata anche come Acilia Medica) ha provveduto ad effettuare un'analisi del contesto aziendale per evidenziare le aree e le modalità con le quali si possono realizzare i reati previsti dal Decreto legislativo 231/2001 (attività di *risk assessment*), al fine di elaborare un modello organizzativo coerente con la specifica attività della Società, conformemente a quanto previsto dal Decreto legislativo 231/2001.

Si rileva comunque che i modelli organizzativi previsti dal Decreto legislativo 231/2001 non costituiscono un “*quid nov?*”, poiché l'attività di impresa svolta dalla Società è sostanzialmente caratterizzata da un proprio sistema di controllo, particolarmente rigoroso basato sull'implementazione di un Sistema di Gestione in accordo alle norme:

- UNI EN ISO 9001:2015;
- SGSL 81/08

di cui il modello organizzativo 231 descritto nel presente Manuale è parte integrante.

La società **Acilia Medica** è sensibile all'esigenza di diffondere e consolidare una cultura di correttezza, integrità e trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività aziendali, a tutela della propria immagine e posizione, delle aspettative dei propri soci e del lavoro dei propri dipendenti ed è consapevole dell'importanza di dotarsi di un sistema di controllo idoneo a prevenire la commissione di comportamenti illeciti da parte dei propri amministratori, dipendenti, rappresentanti e partner d'affari. A tal fine, la società ha avviato un programma di analisi dei propri strumenti organizzativi, di gestione e di controllo, volto a verificare la corrispondenza delle procedure aziendali già esistenti alle finalità previste dal Decreto e ad integrare i principi comportamentali e le procedure già adottate.

L'Organo Amministrativo ha dato attuazione al Modello Organizzativo con la nomina dell'apposito Organismo di Vigilanza. L'Organo Amministrativo si riserva, a seguito di verifiche periodiche, anche sulla base delle proposte formulate dall'Organismo di Vigilanza, di procedere all'approvazione di ulteriori eventuali modifiche e/o integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di significative violazioni delle prescrizioni del Modello Organizzativo, significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività di impresa, modifiche normative al Decreto legislativo 231/2001.

1.2 STRUTTURA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231

Il Modello Organizzativo 231 della società **Acilia Medica** elaborato anche sulla base delle “Linee Guida” di Confindustria, si concretizza in un articolato piramidale di principi e procedure, che si può descrivere sinteticamente come segue:

- Codice etico, in esso sono rappresentati i principi generali (trasparenza, correttezza, lealtà) cui si ispira lo svolgimento e la conduzione degli affari;
- Sistema di controllo interno, è l'insieme degli “strumenti” volti a fornire una ragionevole garanzia in ordine al raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia operativa, affidabilità delle informazioni finanziarie e gestionali, rispetto delle leggi e dei regolamenti, nonché salvaguardia del patrimonio sociale anche contro possibili frodi. Il sistema di controllo interno si fonda e si qualifica su alcuni principi generali, appositamente definiti nell'ambito del Modello Organizzativo il cui campo di applicazione si estende trasversalmente a tutte le diverse funzioni della Società.
- Attività di controllo interno, sono state elaborate per tutti i processi operativi a rischio e per i processi strumentali. Tali attività presentano un'analogia struttura, che si sostanzia in un complesso di regole volte ad individuare le principali fasi di ogni processo, i reati che possono essere commessi in relazione ai singoli processi, le specifiche attività di controllo per prevenire ragionevolmente i correlativi rischi di reato, nonché appositi flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza al fine di evidenziare situazioni di eventuale inosservanza delle procedure stabilite nei modelli di organizzazione. Gli schemi di controllo interno sono stati elaborati alla luce di tre regole cardine e precisamente:
 - La separazione dei ruoli nello svolgimento delle attività inerenti ai processi;
 - La c.d. “tracciabilità” delle scelte, cioè la costante visibilità delle stesse (ad es. mediante apposite evidenze documentali), per consentire l'individuazione di precisi “punti” di responsabilità e la “motivazione” delle scelte stesse;
 - L'oggettivazione dei processi decisionali, nel senso di prevedere che, nell'assumere decisioni, si prescindano da valutazioni meramente soggettive, facendosi invece riferimento a criteri precostituiti. Il Modello Organizzativo, peraltro, si completa con l'istituzione di un Organismo di Vigilanza, che, come previsto dall'art. 6 del Decreto legislativo 231/2001, deve essere dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, al fine di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del Modello Organizzativo stesso curandone altresì il costante aggiornamento. Tale profilo è ulteriore condizione per l'applicazione dell'esimente prevista dalla norma.

Il Modello Organizzativo è così schematizzabile:

Identificativo della Parte	Titolo	Contenuti	Allegati
A	Parte Generale	La responsabilità penale degli enti	Allegato 1: Fattispecie di reato
		Il Modello Organizzativo	Allegato 2: Aree a rischio reati
		Organismo di Vigilanza	
		Codice Etico (Rinvio)	
		Sistema Disciplinare	
B	Parte Speciale	Sezione Introduttiva	
		Reati contro la PA	
		Reati Societari	
		Reati contro l'industria e il commercio	
		Reati contro la violazione del diritto d'autore	
		Reati in ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e autoriciclaggio	
		Reati Informatici	
		Reati di criminalità organizzata	
		Reati in tema di salute e	

	di sicurezza sul lavoro	
	Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili	
	Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico	
	Impiego di cittadini di paese terzi il cui soggiorno è irregolare	
	Razzismo e xenofobia	
	Falsità in monete, in carte pubbliche di credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento	
	Reati tributari	

1.3 INTEGRABILITA' CON GLI ALTRI SISTEMI DI GESTIONE

Per rendere il Modello Organizzativo 231 formalmente e sostanzialmente simile al proprio Sistema di Gestione interno la società ha scelto di applicare l'Approccio per Processi e la Metodologia PDCA (*Plan-DoCheck-Act*).

1.3.1 APPROCCIO PER PROCESSI

La società **Acilia Medica** dopo aver individuato le attività nel cui ambito possano essere commessi reati rilevanti, ha utilizzato l'approccio per processi che evidenzia anche le interazioni tra i vari processi e ne consente la loro gestione al fine ottenere la deresponsabilizzazione amministrativa delle persone giuridiche e della Società stessa.

1.3.2 METODOLOGIA APPLICATA PER LA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231

Acilia Medica per stabilire, documentare, attuare, mantenere attiva e migliorare l'efficacia del Modello Organizzativo, utilizza ove possibile la metodologia PDCA secondo la seguente corrispondenza di fasi:

ATTIVITA PREVISTE NEL MO	FASI DEL PDCA	RESPONSABILITA
PIANIFICAZIONE	PLAN	Tutte le Funzioni
IMPLEMENTAZIONE	DO	Tutte le Funzioni
CONTROLLO	CHECK	Organo di Vigilanza
MIGLIORAMENTO	ACT	Tutte le Funzioni

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE/PRESENTAZIONE E POLITICA DELLA SOCIETA'

2.1 GENERALITA'

Il presente Manuale, descrive la struttura del Modello di Controllo con cui la struttura intende attuare e tenere sotto controllo le proprie attività al fine di prevenire la realizzazione dei reati secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 231/2001 ("Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300").

2.2 SCOPO

Scopo del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo è quello di fornire indicazioni sui contenuti del Decreto Legislativo e sul particolare tipo di responsabilità amministrativa degli enti che esso introduce nel nostro ordinamento per i reati commessi, nel loro interesse o vantaggio, dai propri esponenti o dipendenti. È inoltre volto ad indirizzare le attività interne affinché siano in linea con lo stesso e a vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza.

2.2.1. MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Per quanto riguarda la Mappatura dei rischi, sono state identificate delle attività che, esclusivamente in relazione ai loro specifici contenuti, potrebbero essere esposte (o maggiormente esposte) al rischio di commissione dei reati contemplati dal D.Lgs. 231/2001. Per la sua elaborazione, si è proceduto - previa l'opportuna ricognizione - ad associare ai processi organizzativi interni (nel cui svolgimento, in via teorica, potrebbero integrarsi gli

estremi di reato di cui alla normativa in esame) le varie fattispecie di reato considerate dal Decreto. Le aree di rischio individuate sono da intendersi come un complesso in evoluzione, da adeguarsi periodicamente in relazione a modifiche normative e/o a variazioni interne.

Scopo del presente manuale è definire il Modello organizzativo 231 aziendale:

- Definendo un Sistema Organizzativo chiaro e formalizzato;
- assegnando dei poteri (autorizzazioni e firme) coerenti con le responsabilità gestionali della Società;
- stabilendo delle procedure per la registrazione, l'autorizzazione e la verifica di ogni operazione ritenuta critica;
- istituendo un Organismo di Vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- definendo le procedure di comunicazione al personale e formando lo stesso sulle caratteristiche del Modello e sulle responsabilità di ognuno per la sua corretta applicazione.

Il modello Organizzativo 231 descritto nel presente manuale è parte integrante del Sistema di Gestione per la Qualità adottato dalla Società.

2.3 APPLICAZIONE

Il modello organizzativo 231 si applica a tutti i settori di attività e a tutti i processi aziendali che presentano potenzialmente dei fattori di rischio in relazione alla realizzazione dei reati previsti dal D.lgs 231/2001.

2.4 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETA'

La società Acilia Medica è entrata a far parte della Rete dei Centri Diagnostici Artemisia Lab nel 2022.

Lo svolgimento dell'attività professionale avviene ai sensi del DPR del 14 gennaio del 1997, autorizzato dalla competente Azienda Sanitaria Locale, con la classificazione di Poliambulatorio.

Con Determinazione n. G08624 del 04 luglio 2022 la Acilia Medica S.r.l. è stata autorizzata per le seguenti branche:

- Laboratorio Analisi;
- Allergologia;
- Chirurgia Generale;
- Chirurgia Plastica;
- Chirurgia Vascolare;
- Medicina Sportiva;

- Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione;
- Immunologia;
- Geriatria;
- Medicina Generale;
- Neurologia;
- Oculistica;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Urologia;
- Dermatologia;
- Gastroenterologia;
- Diagnostica per Immagini – Radiologia Diagnostica;
- Scienza dell'alimentazione e Dietetica.

2.5 GLI ORGANI SOCIALI DI ACILIA MEDICA

ORGANO AMMINISTRATIVO DIREZIONE SANITARIA DIRETTORE TECNICO

La struttura organizzativa è definita in modo da assicurare alla Società l'attuazione delle strategie ed il raggiungimento degli obiettivi.

La struttura organizzativa delle Società, disegnata per garantire da un lato la separazione di ruoli, compiti e responsabilità tra le diverse funzioni e dall'altro la massima efficienza possibile, è caratterizzata da una precisa definizione delle competenze di ciascuna area aziendale e delle connesse responsabilità. Sono stati messi a punto appositi Organigrammi nei quali è schematizzata la propria intera struttura organizzativa.

2.6 MODIFICHE ED INTEGRAZIONI DEL MODELLO

Il presente Modello (in conformità alle prescrizioni dell'art. 6, comma 2, lettera a del Decreto) è un "atto di emanazione dell'organo dirigente" pertanto l'adozione dello stesso, così come le successive modifiche e integrazioni, sono rimesse alla competenza dell'Organo Amministrativo.

In particolare è demandato all'Organo Amministrativo stesso il compito di valutare eventuali integrazioni del presente Modello, su segnalazione dell'organismo di Vigilanza in relazione ad ulteriori tipologie di reati che nuove previsioni normative colleghino all'ambito di applicazione del Decreto 231, o in conseguenza di modifiche strutturali dell'organizzazione dell'azienda.

2.7 DESTINATARI DEL MODELLO

Il modello redatto dalla **Acilia Medica** è destinato a tutti coloro che operano a qualsiasi titolo o ragione in nome e per conto della stessa, indipendentemente dalla tipologia di rapporto instaurato.

Ed in particolare, il modello si applica a coloro che:

- Rivestono funzioni di rappresentanza, amministrazione, direzione o controllo della società (di seguito "Esponenti Aziendali")
- Sono sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui al punto che precede (di seguito, complessivamente, "Destinatari");
- A coloro che, pur operando all'esterno della società ne abbiano accettato il contenuto e gli effetti in virtù di specifiche clausole contrattuali e limitatamente allo svolgimento delle attività cui gli stessi sono preposti (di seguito i "Soggetti Esterni").

2.8 LA POLITICA

La politica di **Acilia Medica** è sintetizzabile nei seguenti aspetti:

- Gestire e migliorare costantemente la soddisfazione di tutti coloro che usufruiscono dei servizi erogati, valutata attraverso appositi questionari di soddisfazione;
- Promuovere la costante crescita della professionalità e delle competenze del personale interno, attraverso la continua formazione ed aggiornamento dello stesso;
- Perseguire, compatibilmente con l'ottenimento delle autorizzazioni regionali e locali, l'obiettivo di mantenere attrezzature tecnologicamente all'avanguardia e di acquistare eventuali nuove apparecchiature.

La politica è quindi quella di assicurare che i servizi erogati siano tesi a soddisfare tutte le esigenze esplicite ed implicite del paziente/cliente, con un approccio orientato alla piena soddisfazione di quest'ultimo, in un'ottica di innovazione e miglioramento continui.

Il D.Lgs. 231/2001 ha messo in evidenza la necessità di definire un preciso e chiaro schema di comportamento inteso ad orientare l'impegno professionale e la condotta di ciascun collaboratore, dipendente, libero profes-

sionista nonché qualsiasi altro soggetto operante all'interno della società. La società ha adottato il Modello Organizzativo 231 facendo anche riferimento alle linee guida emanate dalle Associazioni di categoria (Linee Guida di Confindustria e AIOP), finalizzato alla prevenzione dei reati previsti dal Decreto Legislativo 231.

In tale contesto è stato inserito ed aggiornato il Codice Etico comportamentale (in seguito, per brevità anche "Codice") nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza, correttezza e lealtà cui si ispirano lo svolgimento e la conduzione delle attività.

All'interno del Codice vengono stabilite le regole comportamentali e gli obiettivi da perseguire al fine della prevenzione dei reati previsti dal decreto. E' uno strumento che garantisce la gestione equa ed efficace delle attività di servizio, delle transazioni, delle relazioni umane, che sostiene la reputazione dell'azienda in modo da creare fiducia verso l'esterno, in primis verso gli utenti. L'obiettivo finale è quello di prevenire comportamenti irresponsabili e illeciti di chi opera in nome e per conto della struttura, introducendo una definizione chiara ed esplicita delle responsabilità etiche e sociali di propri dirigenti, quadri, dipendenti ma anche per tutti i soggetti esterni che hanno rapporti con il poliambulatorio. Punto di forza del programma di miglioramento aziendale è certamente la formazione/informazione degli addetti in merito all'applicazione del Sistema di Gestione della responsabilità Amministrativa pertanto l'Organizzazione assicura che la propria Politica è compresa, attuata e sostenuta a tutti i livelli.

La politica è condivisa con tutto il personale.

2.9 OBIETTIVI

Organizzativi: Definizione delle responsabilità

- Separazione dei ruoli nello svolgimento delle attività aziendali.
- Tracciabilità documentata delle decisioni in modo da poter risalire ad eventuali responsabilità individuali.
- Definizione delle procedure per la registrazione, l'autorizzazione e la verifica di ogni operazione definita critica.
- Istituzione dell'Organismo di Vigilanza dotato di poteri autonomi di decisione e di controllo.

Formativi

- Formazione ed informazione continua del personale per promuovere la conoscenza della normativa ed i contenuti del Modello Organizzativo 231 in modo che tutti i dipendenti siano consapevoli e comprendano gli aspetti dei reati ed i rischi in relazione alla realizzazione di reato previsti dal D.lgs. 231.
- Divulgazione del Codice Etico nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza, correttezza e legalità che devono essere alla base delle attività lavorative.

Comportamentali

Tutte le azioni e negoziazioni compiute dal personale di **Acilia Medica** nello svolgimento delle attività lavorative devono essere ispirate alla massima Lealtà, Trasparenza, Correttezza e Professionalità.

In particolare sono interdetti i comportamenti pregiudizievoli al raggiungimento degli obiettivi indicati da D.lgs. 231.

Il comportamento corretto è caratterizzato dall'osservanza di quanto stabilito nel Modello Organizzativo 231 e nell'ottemperamento dei valori contenuti nel Codice Etico.

Documenti di riferimento: CE Codice Etico.

3.RIFERIMENTI NORMATIVI

3.1 NORME E LINEE GUIDA

TITOLO	DESCRIZIONE
UNI EN ISO 9001:2015	“Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti”
UNI EN ISO 9000:2005	“Sistemi di Gestione per la qualità – Fondamenti e Terminologia”;
UNI 10999:2002	“Guida per l'elaborazione dei manuali della qualità”
UNI EN ISO 19011/2012	“Linee guida per audit di sistemi di gestione”
UNI EN ISO 11098:2003	“Linee guida per la rilevazione della soddisfazione del cliente e per la misurazione degli indicatori del relativo processo”
UNI EN ISO 11097:2003	“Indicatori e quadri di gestione per la Qualità –Linee guida Generali”
D. Lgs 81/08	E successive modifiche ed integrazioni “normativa sulla sicurezza del lavoro
OHSAS 18001	<i>Occupational Health and Safety Assessment Series</i> - Sistemi di Gestione della Sicurezza e della Salute dei Lavoratori - Linee guida per l'implementazione dello standard OHSAS 18001
RUE 2016/679	Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali
D.Lgs 231/01	Responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica

I riferimenti normativi ivi riportati sono indicativi e non esaustivi.

4. TERMINI E DEFINIZIONI

Nel presente Manuale sono applicati i termini e le definizioni di cui alla ISO 9000:2005 oltre a quelli di seguito riportati:

TERMINOLOGIA	DEFINIZIONE
Analisi dei Rischi	Attività d'analisi specifica della singola Organizzazione finalizzata a rilevare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati
Audit di sistema di gestione	Processo di verifica sistematico, indipendente e documentato, realizzato al fine di ottenere evidenze oggettive su registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni necessarie a determinare se il sistema di gestione è conforme alle politiche, procedure o requisiti del sistema di gestione adottato dall'organizzazione
Codice Etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti di terzi interessati quali: dipendenti, clienti, fornitori ecc. e finalizzati a promuovere raccomandare o vietare determinati comportamenti indipendentemente da quanto previsto a livello normativo

Decreto Legislativo 231/2001	Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"
Organo Amministrativo	Organo Amministrativo
Modello Organizzativo(MO)	Insieme delle strutture delle responsabilità delle modalità di espletamento delle attività e dei protocolli/procedure adottati ed attuati tramite i quali si espletano le attività caratteristiche dell'organizzazione
Organo di vigilanza e controllo	Organismo di vigilanza previsto all'art. 6, comma 1, lettere b) del D.lgs 231/2001 cui è affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento
Politica per la prevenzione dei reati	Obiettivi ed indirizzi generali di un Organizzazione per quanto riguarda la previsione dei reati espressa in modo formale dalla Organo

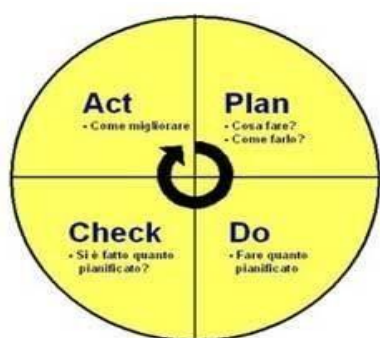
	Amministrativo
Rischio	Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del D.lgs 231/01 e s.m.i
Rischio accettabile	Rischio che può essere ridotto ad un livello che può essere tollerabile per l'organizzazione con i riferimenti agli obblighi di legge e a quanto espresso dal SGRA, ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non FRAUDOLENTEMENTE
SGRA	Acronimo che identifica il Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa.
Sistema Disciplinare e Sanzionatorio	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2 lettera e) del D.Lgs 231/01
Società	Acilia Medica
Soggetti in posizione apicale	I soggetti di cui all'art. 5 lett. a) del D.lgs 231/01
Soggetti sottoposti ad altrui Organo Amministrativo	I soggetti di cui all'art. 5 lett b) del D.lgs 231/01
Stakeholder	Persone fisiche o giuridiche, che intrattengono rapporti con la Società a qualunque titolo
Procedura	Modo specificato per svolgere un'attività o un processo (3.4.1).
Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita.
Qualità	Grado in cui un insieme di caratteristiche (3.5.1) intrinseche soddisfa i requisiti (3.1.2).
Riesame	Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia (3.2.14) di qualcosa a conseguire gli obiettivi stabiliti
Rilavorazione	Azione su un prodotto (3.4.2) non conforme per renderlo conforme ai requisiti.

Rintracciabilità	Capacità di risalire alla storia, all'applicazione o all'ubicazione di ciò che si sta considerando
Specifica	Documento (3.7.2) che stabilisce dei requisiti (3.1.2)
Struttura organizzativa	Insieme di responsabilità, autorità e interrelazioni tra persone

5. SISTEMA DI GESTIONE PER LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA (SGRA)

5.1 REQUISITI GENERALI

L'analisi effettuata ha portato alla identificazione delle attività che costituiscono le 4 fasi della metodologia PDCA



PLAN

Identificare i processi tramite i quali l'organizzazione svolge la sua attività:

- Stabilire la sequenza e l'interazione tra i processi.
- Definire tracciabilità e trasparenza di ogni attività
- Identificare i processi e le attività sensibili intesi quali processi/attività nel cui ambito possono essere commessi reati/illeciti rilevanti ex DLgs 231/01

- Valutare, per ogni processo le attività a potenziale pericolo di reato/illecito nell'interesse o a vantaggio dell'organizzazione ed il livello di rischio di commissione dei reati/illeciti in base ai criteri e alle metodologie di gestione in essere
- Predisporre le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati e l'ottimizzazione del SGRA.

DO

- Redigere l'analisi dei rischi;
- Garantire tracciabilità e trasparenza di qualsiasi attività;
- Definire le procedure di Controllo Interno;
- Formalizzare in un "Codice Etico" i principi d'autoregolazione dell'organizzazione al suo interno e dei rapporti con i terzi;
- Adottare, diffondere e dare concreta attuazione al Codice Etico di cui al precedente punto;
- Definire idonei mansionari che prevedano modalità di conferimento e revoca di responsabilità, deleghe e procure, facoltà e compiti nonché di attribuzione delle specifiche mansioni;
- Eseguire corsi di Formazione, Informazione e Comunicazione;
- Assicurare l'adeguata disponibilità di Risorse;
- Creare l'Organismo di Vigilanza.

CHECK

- Affidare all'Organismo di Vigilanza il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del SGRA e di verificarne il costante aggiornamento ed adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.
- Implementazione del Programma di Audit Interni per verificare che le azioni pianificate ed implementate sono atte a prevenire la commissione dei reati ed in caso negativo reiterazione del processo PDCA.

ACT

- Standardizzare delle azioni pianificate, implementate e controllate;
- Aggiornare il SGRA con l'evoluzione legislativa, con i risultati dell'Analisi dei Rischi e con l'attività dell'organizzazione;
- Attuazione del sistema disciplinare e sanzionatorio.

Qualora si constati la necessità di adeguamento alle azioni intraprese al fine di prevenire i reati, è necessario promuovere la reiterazione del ciclo PDCA.

5.2 IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE

L'Organo Amministrativo è l'organo preposto ad attribuire ed approvare formalmente le deleghe ed i poteri di firma. Il potere di rappresentare la Società è conferito in coerenza con il livello gerarchico del destinatario della delega o della procura o in relazione a specifiche attività. Se del caso, vengono di volta in volta conferite procure speciali ai responsabili di alcune funzioni in stretta relazione con le mansioni e l'attività svolta da ciascuno di essi. Le deleghe e le procure, quindi, sono comunicate formalmente ai singoli destinatari. Le procure vengono poi depositate presso il competente Ufficio Registro Imprese. Ciascuno di questi atti di delega o conferimento di poteri di firma fornisce, quindi, le seguenti indicazioni:

- soggetto delegante e fonte del suo potere di delega o procura;
- soggetto delegato;
- oggetto della delega/procura;
- limiti di valore entro cui il delegato è legittimato ad esercitare il potere conferito.

6. PIANIFICAZIONE DELLA IDENTIFICAZIONE DEI POSSIBILI REATI E D.LGS 231/01

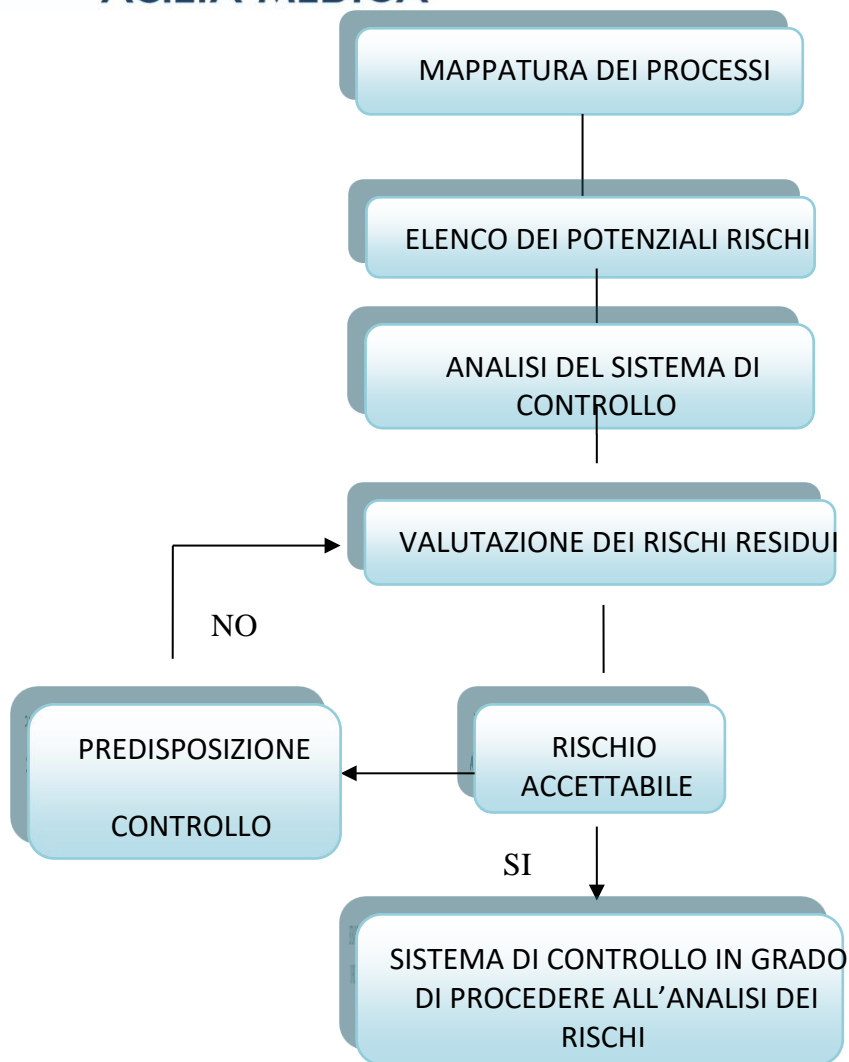
(Fase PDCA:PLAN)

6.1 GENERALITA'

Il Decreto 231/2001, all'art. 6, co. 2, indica le caratteristiche essenziali per la costruzione di un modello di organizzazione, gestione e controllo. In particolare, la lettera a) della citata disposizione si riferisce espressamente, sebbene con l'utilizzo di una terminologia ed esposizione estranea alla pratica aziendale, ad un tipico sistema di gestione dei rischi (*risk management*).

La norma segnala infatti espressamente come "l'identificazione dei rischi": ossia l'analisi del contesto aziendale per evidenziare dove (in quale area/settore di attività) e secondo quali modalità si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D.lgs 231/2001.

Nel diagramma di flusso che segue sono rappresentate le attività della valutazione dei rischi adottate dalla società **Acilia Medica**. Attraverso la valutazione della situazione aziendale, della società, in relazione ai possibili reati, sono stati definiti rischi ed è stata determinata di conseguenza la necessità di predisposizione di strumenti di controllo aggiuntivi rispetto a quelli già presenti in azienda.



STRUMENTI DI

Se il rischio è accettabile il sistema di controllo è in grado di procedere all'analisi dettagliata dei rischi connessi alle diverse fasi dei processi aziendali, verificando e individuando le aree che risultano interessate dalle potenziali casistiche di reato.

Successivamente vengono evidenziate le tipologie di reato connesse alle specifiche attività, individuando le risorse che, potendo essere coinvolte nella gestione del rischio, devono essere oggetto del sistema di controllo pianificato.

Per ogni tipologia di reato/attività, viene assegnato un valore di "accettabilità" del rischio in base al livello di efficacia del sistema di controllo messo in atto per la gestione della specifica attività.

Per la tipologia di reati quali la violazione delle norme sulla sicurezza sul lavoro, quasi tutte le attività dell'azienda sono considerate a rischio.

L'applicazione della presente procedura di identificazione e valutazione dei rischi è necessaria durante le seguenti fasi:

- Durante la fase iniziale di implementazione del Modello Organizzativo 231, in conformità con il D.Lgs. 231/2001, in quanto costituisce la base per la definizione degli obiettivi e programmi

ambientali e comunque prima di ogni riesame del sistema al fine di garantire un aggiornamento sistematico della valutazione dei rischi;

- Ogni qualvolta avvenga una variazione di processo, di prodotto o del sito o contesto in cui la società opera, quali ad esempio modifiche nel quadro legislativo di riferimento;
- Ad ogni riesame di Sistema.

6.2 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, all'utente). Occorre pertanto definire una soglia di 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 della fattispecie di reato contemplate del 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 essere aggirato se non intenzionalmente"**.

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. 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.

Diversamente nei casi di reato di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi con violazione delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, la soglia concettuale di accettabilità, agli effetti esimenti del D.Lgs 231/2001, è rappresentata dalla realizzazione di una condotta (non accompagnata dalla volontà dell'evento-morte/lesioni personali) violativa del modello organizzativo di prevenzione (e dei sottostanti adempimenti obbligatori prescritti dalle norme prevenzionistiche) nonostante la puntuale osservanza degli obblighi di vigilanza previsti dal Dlgs 231/2001 da parte dell'apposito organismo. Ciò in quanto l'elusione

fraudolenta dei modelli organizzativi appare incompatibile con l'elemento soggettivo dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, di cui agli artt. 589 e 590 del codice penale.

6.3 IL LIVELLO DEI RISCHI E LA MATRICE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La metodologia adottata è basata sui seguenti passi:

- a) 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 tre livelli: alta, media, bassa più il caso di probabilità nulla; l'attribuzione del livello viene esplicito e concordato anche con la collaborazione dei responsabili del processo.
- d) L'entità del danno è quella stabilita a quattro danni possibili: a) danno alla P.A., b) danno economico-patrimoniale alla struttura, c) danno all'operatore, d) danno all'utente; si definisce entità del danno alta se si possono verificare quattro o tutti i tipi di danno, media se si verificano uno o due dei quattro tipi di danno e bassa se non si verifica nessuno dei quattro danni individuati.
- e) I rischi che cadono in un livello di importanza accettabile, vengono considerati in linea con le procedure adottate, mentre i rischi che risultano in un livello critico o rilevante vengono sottoposti ad una misura preventiva.

6.3.1. STRUMENTO DI LAVORO

Sono evidenziati:

- a) I modi ipotizzati di commissione dell'illecito;
- b) Gli effetti derivanti dalla commissione dell'illecito;
- c) Le misure preventive già in atto;
- d) La gravità dell'evento;
- e) La probabilità di accadimento;
- f) La capacità di intercettazione dell'evento;
- g) L'indice di priorità del rischio.

6.4 POSSIBILI REATI PREVISTI DAL D.LGS 231/01

Per i reati-presupposto rilevanti ai fini del Decreto Legislativo n. 231/2001 si rinvia all'elenco allegato al presente Modello, come nel tempo aggiornato.

6.5 ASPETTI GENERALI

La documentazione del SGRA della società **Acilia Medica** comprende:

- La documentazione del SGRA della società;
- Il Manuale del Sistema di Gestione per la responsabilità Amministrativa, Rappresentativo del Modello di organizzazione, gestione e controllo realizzato dalla società **Acilia Medica** comprensivo del Sistema disciplinare e sanzionatorio;
- Dichiarazioni documentate sulla politica per la responsabilità amministrativa riportate nel Codice Etico;
- Procedure del sistema di gestione per la qualità;
- Funzionamento e controllo dei Processi e degli Audit;
- RegISTRAZIONI del sistema qualità, della sicurezza, della privacy e del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa.

Il manuale organizzativo della società per prevenire i reati ex D.lgs 231/01 richiama ed include:

- La descrizione dei processi e della loro interazione, con l'indicazione degli impatti diretti e indiretti che questi possono avere sulla commissione dei reati;
- L'analisi dei rischi;
- Le procedure, i protocolli e le misure predisposte per il SGRA;
- L'atto istitutivo dell'Organismo di Vigilanza inclusa l'individuazione e le modalità di trasmissione dei flussi informativi obbligatori;
- La pianificazione e la registrazione della formazione del personale come descritto nel sistema qualità.

6.6 LE PROCEDURE

Le attività della società **Acilia Medica** soggette ad eventuale rischio di reato sono regolamentate dalle procedure di controllo interno e dalle procedure del Sistema di Gestione.

La società per ogni processo individuato ha definito procedure di controllo interno, finalizzate alla corretta gestione del processo stesso sulla base dei seguenti criteri:

- Le scelte operative sono rese tracciabili in termini di caratteristiche e motivazioni e devono essere individuabili coloro che hanno utilizzato, effettuato e verificato le singole attività;
- Lo scambio di informazioni fra fasi/processi contigui prevede meccanismi per garantire l'integrità e la completezza dei dati gestiti;
- Le risorse umane sono selezionate, assunte e gestite secondo criteri di trasparenza e in coerenza con i valori etici e gli obiettivi definiti dall'azienda;
- Periodicamente, le conoscenze e le competenze professionali disponibili nei settori operativi, sono analizzate in termini di congruenza rispetto agli obiettivi assegnati;
- Il personale è formato e addestrato per lo svolgimento delle mansioni assegnate;
- L'acquisizione di beni e servizi per il funzionamento aziendale avviene sulla base di analisi dei fabbisogni e da fonti adeguatamente selezionate e monitorate.

In ogni procedura (sia per i processi operativi che per quelli strumentali) sono individuati:

- Le attività di controllo, volte a contrastare le possibilità di reato descritte precedentemente;
- Le indicazioni comportamentali, per evitare il generarsi di situazioni ambientali "compatibili" con i reati ("cosa non fare");
- I flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza per evidenziare le aree a rischio e agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del Modello Organizzativo "231".

Il controllo delle attività sensibili e i flussi informativi sono rappresentati nei diversi protocolli interni descritti di seguito nel presente Manuale:

- Processo di erogazione dei servizi;
- Processo amministrativo e finanziario (registrazione, redazione e controllo dei documenti contabili e extra contabili);
- Processo di gestione delle risorse umane;
- Processo di valutazione dei rischi sulla salute e sicurezza sul lavoro e sugli aspetti ambientali
- Consulenze e prestazioni professionali;
- Autorizzazioni e rapporti con le istituzioni;
- Accordi transattivi.

I protocolli di controllo interno del Modello Organizzativo 231 sono strettamente correlati alle procedure del Sistema di Gestione per la Qualità adottato da **Acilia Medica** e ne fanno parte integrante attraverso specifici riferimenti nel presente Manuale.

Tali protocolli sono parte integrante del Modello Organizzativo 231 per quello che riguarda:

- La verificabilità e documentabilità di ogni operazione rilevante ai fini del D.Lgs. 231/01;

- Il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
- La definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
- I flussi informativi interni ed esterni verso e dall'Organismo di Vigilanza;
- Le verifiche ispettive;
- La responsabilità del personale.

Per quanto riguarda la gestione e la registrazione dei documenti del Sistema di Gestione della responsabilità amministrativa si fa riferimento alla procedura di gestione e registrazione dei documenti disciplinata all'interno del sistema di gestione della qualità.

6.7 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI

A tal fine **Acilia Medica** si è dotata di una procedura in cui sono definite le modalità di:

- Approvazione dei documenti per la loro adeguatezza, prima della relativa emissione;
- Riesame ed aggiornamento, per quanto necessario, e approvazione dei documenti;
- Assicurare che le modifiche e lo stato di revisione vigente dei documenti siano identificati;
- Assicurare che le versioni pertinenti dei documenti applicabili siano disponibili nei punti di utilizzazione;
- Assicurare che i documenti rimangano leggibili e facilmente identificabili;
- Prevenzione dell'utilizzazione involontaria dei documenti obsoleti, e di adottare una loro adeguata identificazione, qualora siano conservati per qualsiasi scopo.

6.8 L'ADOZIONE DEL MODELLO

La predisposizione del Modello ha richiesto una serie di attività volte all'aggiornamento e all'adeguamento del sistema di prevenzione e di gestione dei rischi alle disposizioni del Decreto. L'analisi del contesto aziendale è stata attuata attraverso il preventivo esame della documentazione (organigrammi, attività della struttura, processi principali, sistema delle deleghe, Statuti, procedure aziendali, ecc.) e una serie di interviste con i soggetti chiave operanti nelle aree maggiormente esposte al rischio di commissione di Reati, individuate tramite il suddetto esame. L'analisi svolta è stata funzionale all'identificazione dei processi aziendali esposti ai rischi di Reato e alla verifica dell'efficacia dei controlli già esistenti al fine di garantire la conformità alla legge. A seguito di tale attività, **Acilia Medica** ha adottato il presente Modello. Contestualmente, tutti i soggetti coinvolti in sede di approvazione hanno dichiarato di impegnarsi al rispetto dello stesso e hanno preso atto della sua adozione.

7. CONTROLLO DELLA VALIDITÀ' DEL SISTEMA DI GESTIONE

(FASE PDCA: CHECK)

L'Organismo di Vigilanza, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, ha la responsabilità di vigilare sul funzionamento del Sistema di Gestione per la responsabilità Amministrativa (SGRA) e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'Organizzazione stessa.

Per vigilare sull'effettività del Modello Organizzativo, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il Modello istituito, l'Organismo di Vigilanza:

Pianifica e conduce attività di Audit.

Scopo principale dell'attività di Audit è la:

- verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte;
- valutazione dell'adeguatezza del Modello nella sua reale capacità di prevenire i comportamenti non voluti.

In caso di Non Conformità, il Responsabile dell'area sottoposta ad Audit deve assicurare che ogni correzione ed azione correttiva, necessaria per eliminare la Non Conformità rilevante e la sua causa, vengano effettuate senza indebito ritardo.

L'Organismo di Vigilanza deve verificare la validità dell'AZIONE Correttiva apportata e discuterne durante il riesame dell'Organo Amministrativo.

Qualora l'Organismo di Vigilanza constati la necessità di adeguamento del Modello Organizzativo, al fine di prevenire i reati, deve promuovere la reiterazione del ciclo PDCA.

Inoltre l'Organismo di Vigilanza utilizza come strumenti di controllo e azione quelli propri del sistema di gestione per la qualità, quali le non conformità, le Azioni Correttive e Preventive, i Piani di Attività quali il Piano di formazione e il Programma Audit, il Riesame della Organo Amministrativo e il rapporto di adeguatezza del Sistema.

7.1 DOCUMENTI RELATIVI AL PROGRAMMA DI AUDIT INTERNI

A tal fine **Acilia Medica** ha adottato:

- Programma di Audit Interno;
- Rapporto di Audit Interno

7.2 ATTUAZIONE E STANDARDIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

Tutte le funzioni aziendali, ciascuna per il proprio campo di attività, sono responsabili della osservanza nel Manuale del Modello Organizzativo.

Quando tutto quello che è stato pianificato ed attuato è stato sottoposto a dovuto controllo con esito positivo, si procede alla:

- Standardizzazione del sistema tramite la conferma delle procedure definite.

In base all'evoluzione legislativa, ai risultati dell'Analisi dei Rischi e eventuali cambiamenti dell'attività dell'organizzazione è necessario procedere all'aggiornamento del sistema per la Responsabilità Amministrativa SGRA e all'attuazione del Sistema Disciplinare e del Meccanismo Sanzionatorio.

Le attività sensibili e i flussi informativi sono monitorizzati tramite le procedure di Controllo interno e del Sistema di Gestione per la qualità allegate al presente manuale.

8. RESPONSABILITA' DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO

8.1 IL SISTEMA DEI POTERI

Il sistema dei poteri deve essere coerente rispetto ai seguenti principi ispiratori:

- corretta allocazione dei poteri rispetto alle finalità ed all'articolazione interna;
- coerenza tra le responsabilità organizzative e gestionali assegnate ed i poteri;
- puntuale indicazione delle soglie di approvazione delle spese;
- separatezza delle funzioni.

Nel rispetto di tali principi, la società si è dotata di un sistema di deleghe strutturate in modo ritenuto coerente con la missione e le responsabilità dei singoli organi/funzioni interne. Per prevenire efficacemente la commissione dei reati, il Sistema dei poteri è costruito in modo da regolamentare l'attuazione delle decisioni di **Acilia Medica** e rendere documentabili e verificabili le diverse fasi nelle quali si articola il processo decisionale nelle singole unità interne. Per quanto inoltre attiene ai criteri che consentono di individuare, fermo restando il dettato normativo di cui all'art. 5 del Decreto e la relativa prassi applicativa, i soggetti in posizione apicale (per i quali si rinvia al precedente capitolo "Generalità"), essi possono essere così sintetizzati:

- collocazione gerarchica al vertice della struttura o al primo livello di riporto;

- assegnazione di poteri di spesa e di deleghe che consentano di svolgere talune attività, anche verso l'esterno, con un certo margine di autonomia.

I predetti requisiti devono sussistere congiuntamente e non sono alternativi. È pertanto possibile identificare i soggetti apicali avvalendosi dell'organigramma aziendale.

8.2 IMPEGNO DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO

Il sistema di controllo interno è definito come processo presidiato dall'Organo Amministrativo e dagli altri membri della struttura aziendale, che si prefigge di fornire una ragionevole certezza in merito al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- Efficacia ed efficienza delle attività operative;
- Affidabilità delle informazioni e della reportistica economico/finanziaria ove richiesta da enti preposti;
- Conformità alle leggi e ai regolamenti
- Salvaguardia del patrimonio aziendale.

Il sistema di controllo interno si qualifica con principi generali il cui campo di applicazione si estende con continuità attraverso i diversi livelli organizzativi.

Il sistema di controllo interno è integrato con i diversi processi aziendali sia di natura operativa che gestionale. In particolare i processi gestionali di controllo delle attività sono strutturati secondo quanto previsto dal sistema documentale del Sistema di gestione per qualità e dalla documentazione prevista dal RUE 2016/679.

8.3 CODICE ETICO E POLITICA PER LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA

Un sistema di gestione per la Responsabilità amministrativa deve prevenire i reati previsti dal D.lgs 231/01 tramite la chiara definizione delle responsabilità, la tracciabilità di tutte le attività e la creazione di un opportuno Organismo di Vigilanza.

L'impegno di **Acilia Medica** in tal senso, è rivolto:

- Alla formazione/informazione continua del personale per promuovere la conoscenza della normativa, i risvolti pratici che da essa discendono ed i contenuti del presente Modello Organizzativo.
- Divulgazione del Codice Etico nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza, correttezza e legalità che devono essere alla base della conduzione delle attività aziendali.

- Esigere la tracciabilità delle operazioni in termini di documentazione e supporti informativi atti a consentire la “ricostruibilità” a posteriori delle motivazioni e delle situazioni contingenti in cui si è sviluppata l’operazione stessa.

Mentre il Modello Organizzativo si pone come obiettivo quello di prevenire, per quanto possibile, la commissione di Reati, attraverso la previsione di regole di comportamento specifiche, Il Codice Etico è, invece, finalizzato alla promozione di una deontologia aziendale, che rappresenta uno strumento di portata generale. Entrambi sono strettamente integrati tra loro e formano un corpus unico e coerente di norme interne finalizzate ad incentivare la cultura dell’etica e della trasparenza aziendale.

9. ORGANISMO DI VIGILANZA



L’Organismo di vigilanza è l’organismo dell’Ente che:

Ha il compito di vigilare sul funzionamento e l’osservanza del Modello;

E’ dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;

Cura l’aggiornamento del Modello;
Relaziona i vertici aziendali; - riceve le segnalazioni dai Destinatari del Modello.

Il sistema di controllo è soggetto ad attività di supervisione continua per le valutazioni periodiche ed il costante adeguamento.

Responsabile del controllo è in prima istanza l’Organismo di Vigilanza che raccoglie tutte le informazioni sull’andamento del Modello Organizzativo previste dal sistema di controllo interno, le esamina ed esprime un parere di conformità che viene sottoposto all’Amministrazione. Ulteriormente l’ODV, in base agli esiti dell’attività di riesame del MO, può fornire delle indicazioni all’Amministrazione su eventuali attività finalizzate o al rispetto della conformità o al miglioramento del Modello stesso.

I flussi informativi, le segnalazioni, gli indicatori dei processi sensibili, le non conformità e le azioni correttive di competenza dell’ODV sono gestiti attraverso le specifiche procedure, istruzioni operative e moduli del sistema di gestione.

9.1 RUOLO E COMPOSIZIONE

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

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

L'organismo di Vigilanza si caratterizza per i seguenti requisiti:

- **Autonomia e indipendenza**

I requisiti di autonomia e indipendenza sono fondamentali affinché l'OdV non sia direttamente coinvolto nelle attività gestionali che costituiscono l'oggetto della sua attività di controllo. Tali requisiti si possono ottenere, tra l'altro, garantendo l'insindacabilità delle scelte dell'OdV da parte degli organi dell'ente e prevedendo un'attività di reportistica all'Amministrazione.

- **Professionalità**

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

- **Continuità di azione**

L'OdV deve:

- Lavorare costantemente sulla vigilanza del Modello Organizzativo con i necessari poteri di indagine;
- Essere una struttura interna, in modo da garantire continuità dell'attività di vigilanza;
- Curare l'attuazione del Modello Organizzativo e assicurarne il costante aggiornamento;
- Non svolgere mansioni operative che possono condizionare la visione d'insieme delle attività aziendali che ad esso si richiede.

9.2 RISERVATEZZA

I membri dell'OdV sono tenuti al segreto in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle loro funzioni. I membri dell'OdV assicurano la riservatezza delle informazioni di cui vengono in possesso, in particolare se relative alle segnalazioni che agli stessi dovessero pervenire in ordine a presunte violazioni del Modello Organizzativo. Inoltre, i membri dell'OdV si astengono dal ricevere e utilizzare informazioni riservate

per fini diversi da quelli ricompresi tra i loro compiti e doveri, e comunque per scopi non conformi alle funzioni proprie dell'OdV, fatto salvo il caso di espressa e consapevole autorizzazione. In ogni caso, ogni informazione in possesso dei membri dell'OdV deve essere trattata in conformità con la vigente legislazione in materia e, in particolare, in conformità a quanto disposto dal Regolamento Europeo 679/2016.

L'inosservanza dei suddetti obblighi costituisce giusta causa di revoca dalla carica di membro dell'OdV.

9.3 COMPITI E POTERI

All'OdV sono attribuiti i seguenti compiti:

1. Verifica l'efficacia e l'efficienza del Modello Organizzativo adottato rispetto alla prevenzione ed all'impedimento della commissione dei reati attualmente previsti dal D.Lgs 231/2001 e di quelli che in futuro dovessero comunque comportare una responsabilità amministrativa della persona giuridica;
2. Verificare il rispetto delle modalità e delle procedure previste dal Modello Organizzativo e rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali che emergessero dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni.
3. Formulare proposte all'Organo Amministrativo per gli eventuali aggiornamenti ed adeguamenti del Modello Organizzativo adottato da realizzarsi mediante le modifiche e/o le integrazioni che si rendessero necessarie in conseguenza di (a) significative violazioni delle prescrizioni del Modello Organizzativo; (b) significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività di impresa; (c) modifiche legislative al D.lgs 231/2001 o che comunque prevedano nuove ipotesi di responsabilità diretta della persona giuridica.
4. A seguito dell'accertamento di violazioni del Modello Organizzativo, segnalare tempestivamente le stesse all'Organo Amministrativo per gli opportuni provvedimenti disciplinari che dovranno essere irrogati; l'OdV ha l'obbligo di informare immediatamente l'Organo Amministrativo qualora le violazioni riguardassero i soggetti di vertice della Società.
5. Predisporre una relazione informativa, su base annuale, per l'Organo Amministrativo, in ordine alle attività di verifica e controllo compiute ed all'esito delle stesse.

Per l'espletamento dei suddetti compiti, all'organismo di vigilanza sono attribuiti i più ampi poteri. In particolare:

- le attività poste in essere dall'OdV non potranno essere sindacate da alcun altro organismo o struttura aziendale;
- è autorizzato il libero accesso dell'OdV presso tutte le funzioni della Società – senza necessità di alcun consenso preventivo- onde ottenere ogni informazione o dato ritenuto necessario per lo svolgimento dei compiti previsti dal D.lgs 231/2001;

- l'OdV potrà avvalersi dell'ausilio di tutte le strutture della Società o della quale questa si avvale, ovvero di consulenti esterni perché collaborino nell'esecuzione dell'incarico sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dell'Organismo stesso, nonché chiedere ai rappresentanti aziendali, di volta in volta identificati dall'OdV, di partecipare alle relative riunioni;
- è attribuita all'OdV, per l'espletamento delle attività proprie, piena autonomia economico/gestionale, non condizionata da limiti di spesa.

9.4 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV

L'Art. 6 c. 2 lett. D) del Decreto legislativo 231/2001 individua specifici obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli.

E' previsto un sistema di reportistica, sistematico e strutturato, in merito a temi/fatti a rischio, la cui rilevazione ed analisi costituisca il punto dal quale possono originare azioni di riscontro e approfondimento dell'OdV su eventuali situazioni anomale e/o di reato.

A tal fine, è prevista come componente integrante, l'attivazione di specifici flussi informativi verso l'OdV. Dovranno essere comunicati all'Organismo di Vigilanza tutte le informazioni/dati/notizie identificate dallo stesso e/o da questi richieste alle singole strutture della Società, nonché ogni altra informazione, di qualsivoglia genere, proveniente anche da terzi ed attinente l'attuazione del Modello nelle aree di attività "sensibili" ed il rispetto delle previsioni del Decreto, che possa risultare utile ai fini dell'assolvimento dei compiti dell'Organismo di Vigilanza.

Le funzioni aziendali coinvolte in occasione di ispezioni, accessi e/o verifiche presso la Società dovranno darne immediata notizia all'Organismo di Vigilanza.

Ogni informazione, segnalazione, *report* da o verso l'Organismo di Vigilanza raccolta nel corso di ogni anno dovrà essere adeguatamente custodita per un periodo di sei anni in un apposito *Data Base* (informatico o cartaceo) salvo il caso di contestazione dell'illecito amministrativo dipendente da reato. In tale ultimo caso tutta la relativa documentazione dovrà essere conservata sino alla completa definizione del suddetto giudizio di contestazione. L'accesso al *Data Base* sarà consentito esclusivamente ai membri dell'Organismo di Vigilanza.

Il numero e il tipo di informazioni possono variare nel tempo in seguito a:

- Inadeguatezza e/o incompletezza delle informazioni a fornire indicazioni utili ad agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del Modello Organizzazione;
- Rilevanti cambiamenti dell'assetto interno della società e/o delle modalità di svolgimento dell'attività d'impresa;

- Modifiche normative al Decreto legislativo 231/2001 o che comunque prevedano nuove ipotesi di responsabilità diretta della persona giuridica.

Oltre alle segnalazioni sopra riportate, devono essere obbligatoriamente trasmesse le informative inerenti:

- atti, provvedimenti, comunicazioni e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria o altra autorità, attinenti ad indagini, ove e quando emerga che le stesse sono svolte in correlazione ad ipotesi di commissione di alcuno dei reati di cui al D.lgs 231/01;
- le richieste di assistenza legale inoltrate da Dipendenti, Consulenti, etc. ad in caso di avvio di procedimento giudiziario;
- i rapporti preparati dai responsabili di funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali possono emergere fatti o omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza alle norme del decreto;
- le notizie relative ai procedimenti sanzionatori o provvedimenti di archiviazione degli stessi con le relative motivazioni, qualora essi siano legati a commissione di reati di cui al D.Lgs. 231/01;
- l'inizio di indagini o ispezioni da parte di Autorità Giudiziaria o di Controllo.

Il materiale raccolto dall'OdV verrà conservato per 10 anni.

Per ciascuna Area a rischio possono essere, inoltre, designati dall'Organo Amministrativo, previa informativa all'Organismo di Vigilanza, dei Responsabili Interni, che costituiscono il primo presidio per prevenire la commissione di Reati nonché i referenti diretti dell'Organismo di Vigilanza per ogni attività informativa e/o di controllo da questo predisposta.

9.5 FLUSSI INFORMATIVI. DISPOSIZIONI IN TEMA DI WHISTLEBLOWING

Devono essere portate tempestivamente a conoscenza dell'OdV tutte le notizie relative alla possibile commissione dei reati previsti dal Decreto in relazione all'attività della Società o a comportamenti non in linea con i principi del Codice etico e/o con le regole di condotta previste nel presente Modello.

Valgono al riguardo le seguenti prescrizioni:

- le segnalazioni riguardano in genere tutti i fatti, atti, eventi ed omissioni aventi rilevanza in relazione alla commissione dei reati di cui al Decreto e/o alla violazione dei principi del codice etico e/o delle regole previste nel presente Modello;
- in conformità a quanto previsto dall'art. 6, comma 2-*bis* d.lgs. 231/2001 e dal decreto legislativo 10 marzo 2023 n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1037 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, è garantita - ai canali, nei termini e modalità precisamente e chiaramente indicati in Procedura di Gruppo accessibile a tutti in quanto pubblicata su sito aziendale (cui si rinvia come nel tempo vigente quale parte integrante del presente Modello) e, in particolare, all'indirizzo email **aciliamedica@artemisialab.it** - la possibilità a soggetti apicali o sottoposti ovvero a terzi di inviare

segnalazioni circostanziate, basate su elementi di fatto precisi e concordanti, aventi ad oggetto condotte illecite ai sensi del d.lgs. 231/2001 o, comunque, ogni violazione o sospetto di violazione del Modello, dei suoi principi generali e del Codice Etico di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte, all'Organismo di Vigilanza che assume la qualifica di "Gestore" e, per l'effetto, di Responsabile del trattamento dei dati ex Reg. UE 679/2016, avvalendosi per lo svolgimento della funzione del proprio *budget* di funzionamento;

- le segnalazioni, da chiunque ricevute, verranno raccolte e archiviate nel rispetto dei vincoli di riservatezza di cui al Reg. UE 674/2016 e al D.lgs. 196/2003 s.m.i. dall'OdV il quale:
 - entro 7 giorni dalla ricezione rilascerà avviso di ricevimento al segnalante;
 - entro 3 mesi dal predetto avviso di ricevimento o, in mancanza, dalla scadenza del relativo termine di 7 giorni, darà riscontro alla segnalazione;
- l'OdV valuterà in tempi ragionevoli le segnalazioni ricevute, incluse quelle anonime, ascoltando eventualmente l'autore della segnalazione e/o il responsabile della presunta violazione verbalizzando l'esito delle attività d'indagine e motivando ogni scelta al riguardo;
- l'OdV dovrà in ogni caso garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela della Società e/o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede;
- fermo restando l'obbligo di informare tempestivamente il soggetto deputato all'eventuale esercizio del potere disciplinare per violazioni disciplinari accertate a seguito di segnalazione, l'OdV inserirà nella propria relazione annuale all'organo amministrativo una reportistica in merito alle segnalazioni pervenute e agli esiti delle relative attività istruttorie;
- l'inoltro di segnalazioni infondate, con dolo o colpa grave, costituisce illecito disciplinare ai sensi del presente Modello (come da successivo paragrafo 5), così come la mancata segnalazione di reati previsti dal Decreto in relazione all'attività della Società, ovvero di violazioni o comportamenti comunque non in linea con i principi generali e/o le regole di condotta adottate nel Codice Etico e/o nel presente Modello;
- l'applicazione di misure ritorsive o discriminatorie nei confronti di chiunque, in buona fede, inoltri segnalazioni costituisce illecito disciplinare ai sensi del predetto Modello e, comunque, le corrispondenti misure vanno considerate come nulle, essendo a carico di chi le ha applicate l'onere di dimostrarne la natura non ritorsiva o discriminatoria.

9.6 INIZIATIVA DI CONTROLLO

L'OdV, avvalendosi della collaborazione delle funzioni di auditing interno, ovvero di consulenti esterni, si attiva con specifiche attività di audit sulla realtà della Società, laddove coinvolte, con le seguenti modalità:

- Con interventi “a piano”, nei quali le attività di controllo relative all’efficacia del Modello Organizzativo sono parte integrante di un piano di lavoro più ampio; in questo tale attività viene specificatamente considerata e adeguatamente valorizzata, di concerto con l’OdV, in sede di risk assessment per la definizione del Piano Annuale di Audit; Con interventi mirati in caso di:
- specifica richiesta formulata da parte degli altri organi di controllo della Società;
- in caso di non conformità derivanti dal flusso informativo correttamente operante nell’ambito del Modello organizzativo.

9.7 STRUMENTI DI CONTROLLO E AZIONE

L’Organismo di vigilanza, proprio per le caratteristiche intrinseche del Modello Organizzativo 231 di integrazione con il sistema di gestione per la qualità, utilizza come strumenti di controllo e azione quelli propri del Sistema di Gestione per la Qualità quali i report di soddisfazione del cliente, le procedure di gestione del miglioramento, i Piani di Attività quali il Piano di Formazione e il Programma di Audit, il Riesame della Organo Amministrativo.

9.8 LA RELAZIONE DELL’ODV

Per l’espletamento dei suoi compiti, e ferma restando ogni altra attività necessaria a tal fine, l’OdV si riunisce periodicamente durante l’anno e, in ogni caso, ogni qual volta se ne ravvisi l’opportunità o la necessità. L’OdV riferisce annualmente all’Organo Amministrativo mediante relazione scritta avente ad oggetto l’illustrazione dell’attività svolta e le eventuali criticità emerse, sia con riferimento a comportamenti o avvenimenti interni che all’efficacia del Modello.

La relazione deve riportare in maniera esaustiva ogni elemento utile al fine di valutare l’efficace attuazione del Modello.

10. OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE DAL VERTICE AZIENDALE

10.1 AMBITO DI RIFERIMENTO

Il Decreto Legislativo 231 non ha modificato il sistema normativo che disciplina l'amministrazione e il governo della società, sicché l'autonomia decisionale dei soggetti posti al Vertice Aziendale è sostanziale ed indefettibile espressione della libertà di gestione dell'impresa in forma societaria.

Tali soggetti sono identificabili nell'Organo Amministrativo.

L'Amministratore unico in via ordinaria decide operazioni che seguono i normali criteri previsti dal Modello Organizzativo, che lo stesso conosce e condivide. Pur tuttavia talvolta si rende necessario – nell'interesse della Società avviare operazioni che seguono un iter procedimentale diverso da quello dettagliato nel Modello Organizzativo, a causa di situazioni di eccezionalità dovute ad esigenze di straordinaria urgenza o di particolare riservatezza od anche di singola peculiarità dell'operazione.

10.2 ATTIVITA' DI CONTROLLO

Il sistema di controllo si basa su due elementi, quello della tracciabilità degli atti e quello del flusso informativo verso l'OdV.

In particolare, gli elementi specifici di controllo sono:

- Tracciabilità dell'operazione in termini di documentazione e supporti informativi atti a consentire la "ricostruibilità" a posteriori delle motivazioni e delle situazioni contingenti in cui si è sviluppata l'operazione stessa.
- Speciale riguardo deve assumere l'esplicazione, ancorché in forma sintetica (ma non generica), delle ragioni e dei motivi che hanno determinato la scelta operativa. Non necessariamente devono essere esplicate le ragioni della decisione, ma le caratteristiche (ad es. riservatezza ed urgenza) che hanno reso impossibile l'attuazione della decisione secondo lo schema operativo prefissato.
- Specifica informativa, da parte dello stesso soggetto di vertice che ha attivato l'operazione "in deroga", verso l'OdV affinché possa attuare i dovuti riscontri con sistematicità e tempestività; l'assenza di operazioni in deroga nel periodo di riferimento dovrà comunque essere oggetto di specifica informativa all'OdV da parte del soggetto di vertice.

10.3 RIESAME DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO

Il riesame dell'Organo Amministrativo è responsabilità dell'Organo Amministrativo che annualmente verifica in collaborazione con l'OdV, lo stato di applicazione del Modello Organizzativo 231 e propone le possibili azioni di miglioramento del Modello stesso.

Elementi di ingresso per il riesame:

- L'eventuale commissione di un reato;
- Le risultanze di *Audit* precedenti condotti sia dall'Organismo di Vigilanza che da soggetti esterni indipendenti;
- L'analisi dei rischi nella sua revisione più aggiornata ed in quella immediatamente precedente;
- Le relazioni dell'Organismo di Vigilanza;
- Modifiche della normativa vigente;
- Informazioni circa anomalie o atipicità riscontrate a tutti i livelli nello svolgimento delle normali attività con particolare riguardo a quelle che configurano comportamenti difformi dal Codice Etico;
- Eventuali segnalazioni da terze parti esterne;
- Stato delle azioni correttive e preventive;
- Azioni derivanti da precedenti riesami della Organo Amministrativo;
- Modifiche organizzative che potrebbero avere effetti sul SGRA;
- Raccomandazioni per il miglioramento.

Elementi in uscita dal riesame:

Gli elementi in uscita dal riesame dell'Organo Amministrativo comprendono ogni decisione ed azione relative:

- Al raggiungimento dell'efficacia del SGRA;
- Al miglioramento ed aggiornamento dei relativi processi in relazione ai requisiti del SGRA, con particolare riguardo all'analisi dei rischi.

11. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

11.1 SCOPO

Scopo della presente sezione è descrivere le attività che **Acilia Medica** compie per determinare:

- le risorse umane necessarie per stabilire e mantenere il Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA);

- il grado di competenza e consapevolezza del proprio ruolo e delle responsabilità per ogni unità aziendale;
- il grado di consapevolezza e comprensione degli aspetti normativi e dei rischi dei reati previsti dal D.lgs. 231/01.

11.2 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

Il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA deve essere competente sulla base di istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriati.

11.3 FORMAZIONE, INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE

La formazione e la comunicazione costituiscono strumenti essenziali al fine di un'efficace implementazione e diffusione del Modello Organizzativo e del relativo Codice Etico.

Le risorse umane garantiscono, in stretta collaborazione e con la supervisione dell'OdV, una corretta conoscenza dei principi e delle regole di condotta adottati dalla Società sia alle risorse già presenti in Società sia a quelle future, con differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nei processi operativi considerati sensibili e rilevanti.

Al momento dell'assunzione o inizio collaborazione, viene promossa la conoscenza del Modello Organizzativo 231 e del Codice Etico; in particolare ai nuovi arrivati viene consegnata un'informativa con riferimento all'applicazione della normativa di cui al Decreto legislativo 231/2001 nell'ambito della Società. L'attività di formazione è finalizzata a promuovere la conoscenza della normativa di cui al Decreto legislativo 231, a fornire un quadro esaustivo della stessa, dei risvolti pratici che da essa discendono, nonché dei contenuti e principi su cui si basa il Modello Organizzativo e il relativo Codice Etico fra tutti i dipendenti che, pertanto, sono tenuti a conoscerli, osservarli e rispettarli, contribuendo alla loro attuazione.

L'attività di formazione, eventualmente anche tramite corsi on line, 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'aver o meno i destinatari funzioni di rappresentanza della Società.

Per i soggetti maggiormente coinvolti nelle attività considerate sensibili ai fini del Decreto legislativo 231, la Società organizza corsi di formazione *ad hoc*. L'attività di formazione del personale, in termini di:

- Responsabilità;
- Pianificazione;
- Realizzazione;

- Verifica di efficacia;
- Registrazioni; é gestita da un'apposita procedura, inserita all'interno del sistema qualità.

Tutte le informazioni sensibili sono gestite da **Acilia Medica** attraverso il codice di autoregolamentazione per la protezione dei dati personali, con il quale si intende assicurare che il trattamento dei dati personali avviene in conformità al RUE 2016/679.

12. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

12.1 PREMESSA

L'art. 6 del Decreto legislativo 231/2001 nel ricondurre l'esonero da responsabilità dell'ente all'adozione e alla efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati da tale normativa – ha previsto l'introduzione di “un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello”.

Emerge, quindi, la rilevanza del sistema disciplinare quale fattore essenziale del Modello Organizzativo ai fini dell'applicabilità all'ente della “esimente” prevista dalla citata disposizione di legge.

L'applicazione del sistema disciplinare e delle relative sanzioni è indipendente dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale che l'autorità giudiziaria abbia eventualmente avviato nel caso in cui il comportamento da censurare valga anche ad integrare una fattispecie di reato rilevante ai sensi del Decreto legislativo 231/2001.

12.2 DIPENDENTI, COLLABORATORI, CONSULENTI

Le inosservanze ed i comportamenti posti in essere dal personale, sia esso dipendente o collaboratore, in violazione delle regole individuate dal presente Modello Organizzativo, in applicazione del decreto legislativo 231/2001, determinano l'irrogazione di sanzioni disciplinari che sono applicate, secondo il criterio di proporzionalità previsto dall'art. 2016 c.c., tenendo conto – con riferimento a ciascun caso di specie – della gravità oggettiva del fatto costituente infrazione. Il sistema disciplinare viene costantemente monitorato dall'OdV.

Per quanto riguarda l'accertamento delle suddette infrazioni, i procedimenti disciplinari e l'irrogazione delle sanzioni restano di competenza dell'Organo Amministrativo. Viene previsto il necessario coinvolgimento dell'OdV nella procedura di accertamento delle violazioni e di irrogazione delle sanzioni per violazioni del Modello Organizzativo, nel senso che non potrà essere archiviato un provvedimento disciplinare ovvero

irrogata una sanzione disciplinare per violazione del Modello stesso senza preventiva informazione e parere dell'OdV.

Il sistema disciplinare identifica le infrazioni ai principi, ai comportamenti e agli elementi specifici di controllo contenuti nel Modello, e a queste sono riconducibili le sanzioni previste, per il personale dipendente, dalle vigenti norme di legge e/o di contrattazione collettiva.

Il mancato rispetto e/o la violazione dei principi generali del Modello, delle regole di comportamento imposte dal Codice etico, dal Sistema disciplinare e dalle procedure aziendali, ad opera di lavoratori dipendenti della Società, costituiranno inadempimento alle obbligazioni derivanti da rapporto di lavoro ed illecito disciplinare.

Fermo restando il principio di collegamento tra i provvedimenti disciplinari irrogabili e le fattispecie in relazione alle quali gli stessi possono essere assunti, nell'irrogazione della sanzione disciplinare dovrà necessariamente essere rispettato il principio della proporzionalità tra infrazione e sanzione.

L'adeguatezza del sistema disciplinare alle prescrizioni del Decreto dovrà essere costantemente monitorata dall'Organismo di Vigilanza.

Con riguardo ai lavoratori dipendenti, il Decreto prevede che il sistema disciplinare debba rispettare i limiti connessi al potere sanzionatorio imposti dall'art. 7 della L. n. 300/1970 (c.d. "Statuto dei lavoratori") e dalla contrattualizzazione collettiva di settore e aziendale, sia per quanto riguarda le sanzioni irrogabili (che in linea di principio risultano "tipizzate" in relazione al collegamento con specificati indebiti disciplinari) sia per quanto riguarda la forma di esercizio di tale potere. Con riferimento alle sanzioni irrogabili, si precisa che esse dovranno essere adottate ed applicate nel rispetto delle procedure previste dalle normative collettive nazionali ed aziendali applicabili al rapporto di lavoro.

In caso di violazioni commesse da parte dei dirigenti, l'assunzione dei provvedimenti ritenuti idonei dovrà tener conto della specifica qualifica dirigenziale e, dunque, del particolare vincolo fiduciario sottostante al rapporto di lavoro con la Società.

Infine, avuto riguardo alle violazioni della normativa vigente, del Modello, del Codice etico o del Sistema disciplinare commesse dagli altri soggetti con cui la Società entra in contatto nello svolgimento di relazioni d'affari, si dovrà fare riferimento alle previsioni contenute nei relativi contratti.

Per quanto riguarda i collaboratori e i liberi professionisti la società ha disposto che sia prevista nel relativo contratto individuale l'indicazione dei casi di violazione del modello e dei relativi provvedimenti da adottarsi, specificando in un'apposita clausola contrattuale i valori perseguiti dalla società mediante l'adozione del modello stesso richiedendo che tutti si conformino alle regole, alle procedure ed ai principi in esso contenuti.

12.3 LE CONDOTTE RILEVANTI

Ai fini del presente Sistema disciplinare e nel rispetto della contrattazione collettiva applicabile a **Acilia Medica**, costituiscono violazione del Modello o dei protocolli tutte le condotte, commissive o omissive (anche colpose),

che siano idonee a ledere l'efficacia dello stesso quale strumento di prevenzione del rischio di commissione dei reati rilevanti ai fini del Decreto e, in particolare:

- l'inosservanza dei protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni della Società in relazione ai reati da prevenire ovvero alle modalità di gestione delle risorse finanziarie;
- la violazione degli obblighi di informazione nei confronti dell'OdV;
- la falsificazione della documentazione delle operazioni compiute nelle ispezioni;
- la distruzione, l'occultamento e/o l'alterazione della documentazione aziendale;
- la falsificazione delle relazioni e/o informazioni trasmesse all'OdV;
- l'ostacolo all'esercizio delle funzioni dell'OdV;
- la violazione di obblighi di documentazione e tracciabilità delle operazioni;
- l'inosservanza da parte dei soggetti apicali degli obblighi di direzione e/o vigilanza che abbiano reso possibile la realizzazione di reati da parte dei sottoposti;
- l'abbandono, senza giustificato motivo, del posto di lavoro da parte del personale cui siano state specificamente affidate mansioni di sorveglianza, custodia, controllo;
- la mancata documentazione, anche in forma riassuntiva, delle operazioni e dei risultati dei controlli effettuati in azienda;
- l'omessa documentazione delle operazioni compiute in occasione di ispezioni di autorità pubbliche;
- l'omessa archiviazione di copia dei documenti ufficiali diretti (tramite legali esterni o periti di parte) a Giudici, a membri del Collegio Arbitrale o a Periti d'ufficio chiamati a giudicare sul contenzioso di interesse della Società;
- la mancata preventiva trasmissione all'OdV della bozza di bilancio, prima della sua approvazione definitiva;
- l'emissione di fattura e/o nota di credito senza l'indicazione in modo completo e comprensibile dei prodotti e servizi resi e di ogni altro dato obbligatorio;
- la pattuizione con i consulenti di onorari oltre i normali standard di mercato e senza giustificato motivo e/o relativa documentazione;
- l'effettuazione e/o ricezione di pagamenti in contanti per conto della Società oltre i limiti consentiti dalla normativa tempo per tempo vigente;
- l'effettuazione di pagamenti a favore della P.A., enti governativi, soggetti correlati, funzionari pubblici, senza apposita documentazione attestante il tipo di operazione compiuta e senza relativa archiviazione;
- l'effettuazione e/o ricezione di pagamenti su conti bancari aperti all'estero tramite intermediari stranieri senza giustificato motivo e/o relativa documentazione;
- l'accesso alla rete informatica aziendale senza autorizzazione e relativi codici di accesso;
- l'assenza ingiustificata a corsi di formazione o aggiornamento relativi alla prevenzione dei reati;
- la mancata osservanza delle disposizioni aziendali in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;

- la mancata osservanza degli obblighi derivanti, secondo le proprie attribuzioni e competenze, dalla normativa applicabile, tempo per tempo vigente, in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- la mancata segnalazione all'OdV, da parte di soggetti apicali o sottoposti, di sospette violazioni del Codice etico di Gruppo e/o del presente Modello e/o di procedure aziendali di cui siano venuti a conoscenza nell'esercizio delle rispettive attività in nome e/o per conto e, comunque, nell'interesse o a vantaggio della Società e/o del Gruppo;
- qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione applicata nei confronti di segnalanti ai sensi dell'art. 6, comma 2-*bis* d.lgs. 231/2001 in ragione della segnalazione medesima;
- la violazione delle misure a tutela del segnalante *ex* d.lgs. 24/2023;
- l'inoltro di segnalazioni infondate con dolo o colpa grave.

La funzione che gestisce il personale valuta le sanzioni irrogabili nel rispetto del principio di legalità e di proporzionalità e tenuto conto di tutti gli elementi e/o delle circostanze ad essa inerenti, secondo un ordine crescente di gravità da valutarsi ad opera dell'OdV.

12.4 LE SANZIONI

In caso di accertamento di una delle violazioni previste dal Modello ed in particolare dal presente Sistema disciplinare, si evidenzia che le sanzioni verranno applicate nel rispetto delle disposizioni contenute nel presente Modello, nella contrattazione collettiva tempo per tempo vigente e nel codice disciplinare adottato in azienda.

In ogni caso, l'individuazione e l'irrogazione delle sanzioni previste nel presente Sistema Disciplinare deve tener conto dei principi di proporzionalità ed adeguatezza delle stesse rispetto alla violazione contestata e dovranno pertanto tenersi in considerazione:

- la gravità della condotta o dell'evento che quest'ultima ha determinato;
- la tipologia della violazione compiuta;
- le circostanze nel cui ambito si è sviluppata la condotta;
- le modalità della condotta.

Ai fini dell'aggravamento della sanzione devono essere considerati i seguenti elementi:

- l'eventuale commissione di più violazioni nell'ambito della medesima condotta nel qual caso l'aggravamento sarà operato rispetto alla sanzione prevista per la violazione più grave;
- l'eventuale concorso di più soggetti nella commissione della violazione;
- l'eventuale recidività del suo autore.

12.5 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO O DI VIGILANZA E DEI DIPENDENTI

Laddove la violazione sia ascrivibile all'Organo Amministrativo o all'Assemblea dei Soci potrà applicarsi, a seconda dei casi, le seguenti sanzioni:

- **richiamo formale o scritto;**
- **revoca di incarichi e/o deleghe e/o procure;**
- **diminuzione della retribuzione o dei compensi;**
- **decadenza o sospensione dalla carica** per sopravvenuta mancanza dei requisiti di onorabilità e/o professionalità;
- **revoca per giusta causa.**

In caso di violazione del Modello da parte dell'OdV, l'Organo Amministrativo potrà applicare, a seconda dei casi, le seguenti sanzioni disciplinari:

- **richiamo formale o scritto;**
- **diminuzione del compenso annuale;**
- **decadenza o sospensione dalla carica** per sopravvenuta mancanza dei requisiti di onorabilità e/o professionalità.

Laddove venga accertata l'integrazione di una delle Condotte Rilevanti precedentemente descritte, da parte di un Dipendente, l'Organo Amministrativo, in conformità a quanto previsto nel CCNL applicabile e nel tempo vigente, potrà applicare, a seconda dei casi, le seguenti sanzioni

- Rimprovero verbale;
- Rimprovero scritto;
- Multa non superiore all'importo di 4h della retribuzione;
- Sospensione dal servizio e dal trattamento economico retribuzione per un periodo non superiore a 10 gg;
- Licenziamento per giustificato motivo;
- Licenziamento per giusta causa.

Resta salva la facoltà per la Società di rivalersi per ogni danno e/o responsabilità che alla stessa possano derivare da comportamenti di dipendenti in violazione del Modello.

Per i dirigenti non apicali, sono fatte salve le disposizioni applicabili previste dalle diverse previsioni rinvenibili nella contrattazione collettiva applicabile al caso concreto.

Quando sia richiesto dalla natura della mancanza o dalla necessità di accertamenti in conseguenza della medesima, l'impresa - in attesa di deliberare il definitivo provvedimento disciplinare - può disporre l'allontanamento temporaneo del lavoratore/lavoratrice dal servizio per il tempo strettamente necessario.

12.6 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DEI TERZI DESTINATARI

Qualora sia accertata la commissione di una delle Condotte Rilevanti precedentemente indicate, da parte di un Terzo Destinatario, l'organo amministrativo potrà applicare, a seconda dei casi, le seguenti sanzioni:

- la diffida al puntuale rispetto del Modello pena l'applicazione della penale di seguito indicata ovvero la risoluzione del rapporto negoziale intercorrente con la Società;
- l'applicazione di una penale, convenzionalmente prevista tra il 10% ed il 30% del fatturato totale lordo annuo;
- la risoluzione immediata del rapporto negoziale intercorrente con la Società.

Nell'ambito dei rapporti con i Terzi Destinatari, la Società inserisce nelle lettere d'incarico e negli accordi negoziali, apposite clausole volte a prevedere l'applicazione delle sanzioni previste dal presente Sistema Disciplinare in caso di violazione del Modello.

12.7 IL PROCEDIMENTO DI IRROGAZIONE DELLE SANZIONI

Il presente procedimento di irrogazione delle sanzioni consegue all'eventuale integrazione di una delle Condotte Rilevanti.

Ai fini dell'effettività del Modello si ritiene opportuno descrivere il procedimento di irrogazione della sanzione con riguardo a ciascuna categoria di soggetti indicando per ciascuna:

- la fase di contestazione della violazione all'interessato;
- la fase di determinazione e successiva irrogazione della sanzione.

Il procedimento di irrogazione della sanzione può avere inizio dalla ricezione da parte dell'organo amministrativo o dell'Assemblea dei Soci della comunicazione con cui l'OdV - in conseguenza delle verifiche condotte autonomamente ovvero di segnalazioni ricevute anche anonime o attraverso la procedura di allerta e ove gli accertamenti effettuati abbiano confermato l'esistenza della violazione - segnala la violazione del Modello.

In particolare, l'OdV, ricevuta una segnalazione anche anonima o attraverso la procedura di allerta, ovvero acquisiti nel corso della propria attività di vigilanza e di verifica, gli elementi idonei a configurare il pericolo di violazione del Modello, ha l'obbligo di attivarsi al fine di espletare gli accertamenti ed i controlli rientranti nell'ambito della propria attività e ritenuti opportuni.

Esaurita l'attività di ricerca, verifica e controllo, l'OdV valuta sulla base degli elementi in proprio possesso se è stata realmente integrata un'ipotesi di violazione sanzionabile del Modello ed in caso positivo dovrà procedere alla segnalazione agli organi aziendali competenti. In caso negativo, procederà comunque a trasmettere segnalazione al responsabile della funzione che gestisce il personale ed all'Amministratore della Società per le eventuali valutazioni circa la rilevanza della condotta rispetto alla legge ed ai regolamenti applicabili.

Qualora gli organi competenti per l'irrogazione della sanzione rilevino che la violazione del Modello riscontrata dall'OdV concreti anche una o più violazioni delle previsioni dei regolamenti aziendali e/o della contrattazione collettiva, all'esito del procedimento prescritto potranno irrogare anche una sanzione più grave rispetto a quella proposta dall'OdV e sempre tra quelle in concreto applicabili.

PARTE SPECIALE

Introduzione

La parte speciale del Modello contiene le indicazioni sulle singole tipologie di reato ritenute rilevanti al cui ipotetico rischio di commissione l'ente è potenzialmente esposto, i relativi obiettivi di controllo e principi di comportamento, i relativi flussi informativi nonché la matrice area di rischio in allegato.

A questo scopo, il primo passo compiuto dall'ente è stata l'individuazione dei "rischi" ai quali **Acilia Medica** deve prestare attenzione, ovvero l'identificazione di quei reati (fra quelli indicati dal D.lgs. 231/2001 e successive integrazioni) che potrebbero essere realizzati nell'ambito delle attività svolte.

Parallelamente a questa analisi, è stata effettuata una mappatura delle singole aree aziendali interessate dalle potenziali casistiche di reato. Si è, in altre parole, realizzato un collegamento fra le particolari fattispecie previste dal Decreto ed i settori e le persone dell'azienda che per la loro attività, le funzioni svolte e i poteri loro connessi potrebbero porre in essere proprio quella condotta illecita.

Una volta individuati i "rischi" e le aree ad essi soggette, è stata eseguita una mappatura delle possibili modalità pratiche di attuazione degli illeciti penali nelle aree interessate. Quest'ultima elencazione non è da ritenersi esaustiva di tutte le situazioni realizzabili, ma sarà di volta in volta aggiornata, secondo quella che è la ratio dello stesso D.lgs. 231/2001 sulla base dell'esperienza. Obiettivo della presente Parte Speciale è che tutti i Destinatari tra cui dipendenti, organi sociali, collaboratori esterni e *partners* adottino regole di condotta e comportamenti conformi a quanto prescritto, al fine di prevenire il verificarsi dei reati considerati nel Decreto. Il presente documento traccia quindi linee guida di comportamento da seguire per il verificarsi di situazioni favorevoli alla commissione dei reati *ex* D.lgs. 231/2001.

INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI REATI DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DELLA SOCIETA' ACILIA MEDICA

Attraverso un'attività svolta, è stato analizzato il contesto, sono stati identificati gli ambiti aziendali maggiormente esposti alle conseguenze sanzionatorie previste dal Decreto e si è determinata l'entità dei rischi rilevanti. In particolare il lavoro ha:

1. approfondito i contenuti della normativa, nonché le fattispecie di reato previste dal Decreto;
2. effettuato una ricognizione degli ambiti operativi dove, in caso di assenza di tutele, è maggiore la probabilità di commissione dei reati previsti dal Decreto;
3. predisposto un'apposita mappa delle aree di potenziale "rischio 231";
4. valutato l'idoneità dei presidi organizzativi, procedurali e amministrativi (organi societari e organizzazione interna, procure, deleghe di responsabilità e di poteri di spesa, procedure e principi comportamentali);
5. identificato i principi ed i requisiti del sistema dei controlli;
6. valutato il "rischio 231", in base al reato, alla probabilità di accadimento ed al suo peso e impatto. L'attività di *Risk Assessment* e *Risk Management* ha pertanto consentito di individuare i seguenti processi/attività a rischio reato verso la Pubblica Amministrazione previsti dal D.Lgs. 231/01:
 - Gestione delle attività di stipula o negoziazione o di rinnovo dei contratti o convenzioni con la Pubblica Amministrazione (Regione, ASL, ecc.);
 - Produzione di documentazione per l'ottenimento dei rimborsi a fronte delle prestazioni erogate dalla società per conto del "SSN".
 - Gestione delle ispezioni svolte da parte di Enti/Funzionari della Pubblica Amministrazione presso la società (Nuclei operativi di controllo, funzionari della ASL e della Regione) e delle contestazioni rilevate da quest'ultimi;
 - Erogazione di beni e servizi;
 - Gestione delle attività amministrative e redazione del bilancio;
 - Gestione previdenziale e assistenziale del personale (ad es. selezione, assunzione, formazione, valutazione e incentivazione), gestione dei relativi rapporti e delle ispezioni con la P.A. (INAIL, INPS, Ispettorato del Lavoro, Ufficio Provinciale del Lavoro, Comune, Provincia);
 - Gestione delle risorse finanziarie (incassi, pagamenti, versamenti, prelievi con riferimento alla gestione della cassa e dei conti correnti della società)
 - Adempimenti relativi ad attività di carattere ambientale e in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
 - Gestione sistemi informativi (marchi e software).

Sono stati individuati anche processi strumentali, nel senso che, pur non essendo direttamente esposti al rischio reato, si potrebbero, nel loro ambito, creare le condizioni strumentali per la commissione dei reati previsti dal Decreto legislativo 231/2001 (ad es. finanza dispositiva; selezione e assunzione del personale; gestione delle consulenze; gestione dell'omaggistica, etc.):

- Accordi transattivi

Le tipologie di reato di interesse per la società sono pertanto:

- Reati in danno alla P.A.;
- Reati societari;
- Reati di abbandono e deposito incontrollato di rifiuti nel suolo e sul suolo;
- Delitti di omicidio colposo e lesioni gravi o gravissime commesse in violazione della normativa antinfortunistica;
- Delitti informatici e trattamento illecito di dati;
- Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria;
- Reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni e utilità di provenienza illecita;
- Delitti contro la personalità individuale;
- Reati tributari;
- Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare;
- Delitti in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti e altre fattispecie in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti.

13. VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REATO DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DI ACILIA MEDICA

Per i processi ritenuti a "rischio" in relazione ai diversi reati viene determinata l'accettabilità del rischio in relazione a particolari criteri specificati nell'apposita tabella di riferimento. Qualora per un determinato reato non risultasse assolutamente alcuna correlazione ad uno specifico processo, si configurerebbe una condizione di non applicabilità del reato stesso.

Le operazioni concernenti attività a rischio-reati devono essere registrate documentalmente e verificabili con immediatezza. Ogni documento afferente alla gestione amministrativa o sanitaria deve essere redatto in conformità alla normativa vigente.

E' vietato formare dolosamente in modo falso e artefatto documenti amministrativi o societari. Nell'ambito dell'attività della Società, la richiesta e l'ottenimento di un provvedimento amministrativo, nonché lo

svolgimento delle procedure necessarie al conseguimento di contributi, finanziamenti pubblici, mutui agevolati o altre erogazioni dello stesso tipo devono essere conformi alla legge ed alla normativa di settore. E' vietato non registrare documentalmente la movimentazione di denaro e fondi della società. Nei rapporti con i rappresentanti di qualsiasi ente pubblico o pubblica amministrazione, anche delle Comunità europee, è fatto divieto a chiunque operi in nome e per conto di **Acilia Medica** di determinare le decisioni con violenza, minaccia o inganno.

L'inosservanza delle norme del Codice Etico e delle procedure aziendali riferibili al Modello da parte di amministratori, dipendenti, collaboratori e consulenti della Società nonché da soggetti Esterni, quale che sia il rapporto, anche temporaneo, che li lega alla stessa, potrà, se nel caso, costituire inadempimento delle obbligazioni contrattuali assunte, con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alla risoluzione del contratto e/o dell'incarico e potrà comportare il risarcimento dei danni subiti dalla società.

13.1 METODOLOGIA DI PESATURA DEI RISCHI

La mappatura delle aree potenzialmente esposte a rischio di reato e dei controlli esistenti è stata condotta sulla base delle migliori prassi in materia di analisi dei rischi e delle Linee Guida promulgate da Confindustria ed approvate dal Ministero della Giustizia. Essa consiste in un processo di valutazione compiuto per attivare un sistema di gestione dei rischi, coerente con i requisiti imposti dal Decreto.

L'attività di valutazione è stata condotta ai fini della Mappa dei sotto-processi, con riferimento a tutti i reati previsti dal Decreto, ed ai fini della rilevazione dei controlli posti a presidio dei rischi rilevati. La Mappa è stata realizzata attraverso analisi documentale, interviste e colloqui con i principali responsabili aziendali. Tali analisi

hanno compreso verifiche volte ad individuare il grado di rischio potenziale di determinate attività, nonché verifiche volte invece alla valutazione dei controlli eventualmente esistenti posti a presidio delle singole attività sensibili. Nella prima fase di questa analisi si è quindi costituita la "Mappa dei processi organizzativi aziendali", che è strutturata ad albero su quattro distinti livelli, via via più analitici, rappresentativi rispettivamente di: "Gruppi di Processi", "Macro-Processi", "Processi", "Sotto-Processi".

L'analisi è rinviata alla tabella di valutazione dei rischi allegata al presente modello.

13-2 (IN PARTICOLARE) . STANDARD DI CONTROLLO IN RELAZIONE AI REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Occorre innanzitutto definire il ruolo della struttura nei confronti dell'attività svolta. L'art. 358 c.p. riconosce la qualifica di "incaricato di un pubblico servizio" a tutti coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio, intendendosi per tale "un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica amministrazione, ma

caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”.

AREA DEL FARE

I responsabili delle funzioni che hanno attività di contatto con la Pubblica Amministrazione devono:

- Fornire ai propri collaboratori direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare nei contatti formali e informali intrattenuti con i diversi soggetti pubblici, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio reato;
- Prevedere adeguati meccanismi di tracciabilità circa flussi informativi verso la P.A.;
- L’incarico a soggetti esterni di operare in rappresentanza dell’Ente nei confronti della P.A. deve essere assegnato in modo formale e prevedere una specifica clausola che vincoli all’osservanza dei principi etico – comportamentali adottati dall’Ente;
- È fatta raccomandazione ai dipendenti e collaboratori esterni di segnalare all’Organismo di Vigilanza ogni violazione o sospetto di violazione del Modello Organizzativo. L’ente e l’Organismo di Vigilanza tutelano dipendenti e collaboratori esterni da ogni effetto pregiudizievole che possa derivare dalla segnalazione. L’organismo di vigilanza assicura la riservatezza dell’identità dei segnalanti.
- I responsabili di funzione organizzativa devono segnalare all’Organismo di Vigilanza i comportamenti a rischio reato ex D.lgs. 231/01, inerenti ai processi operativi di competenza, di cui siano venuti a conoscenza in via diretta o per tramite di informativa ricevuta dai propri collaboratori. In particolare, in

caso di tentata concussione da parte di un pubblico funzionario nei confronti di un dipendente (o altri collaboratori) sono da adottare i seguenti comportamenti:

1. Non dare seguito alla richiesta;
 2. Fornire informativa tempestiva al proprio Responsabile;
 3. Attivare formale informativa, da parte del Responsabile, verso l’organismo di Vigilanza.
- I responsabili delle funzioni che vengono ufficialmente a conoscenza di notizie, anche provenienti da organi di polizia giudiziaria, riguardanti illeciti e/o reati con rischi di impatto aziendale, devono segnalarle all’Organismo di Vigilanza.

AREA DEL NON FARE

Con riferimento alle tipologie di reato rilevanti ai sensi del D. lgs. 231/01, si segnalano, se pur a titolo non esaustivo, i comportamenti a rischio da evitare. Nei rapporti con i rappresentanti della P.A. è fatto divieto di:

- Promettere o effettuare erogazioni in denaro per finalità diverse da quelle istituzionali e di servizio;
- Promettere o concedere “soluzioni privilegiate” (ad esempio: interessamento per l'erogazione di prodotti/servizi al di fuori delle modalità standard, interessamento per facilitare l'assunzione di parenti/affini/amici, ecc.);
- Effettuare spese di rappresentanza ingiustificate e con finalità diverse dalla mera promozione dell'immagine aziendale;
- Promettere di fornire o fornire impropriamente, anche tramite terzi, l'erogazione di prodotti e servizi;
- Promettere o concedere omaggi/regalie dirette o indirette non di modico valore;
- Favorire, nei processi d'acquisto, fornitori o sub-fornitori in quanto indicati dai rappresentanti stessi come condizione per lo svolgimento successivo delle attività (ad es.: affidamento della commessa, concessione del finanziamento).

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

- Esibire documenti/dati falsi od alterati;
- Tenere una condotta ingannevole che possa indurre la P.A. in errore nella valutazione tecnico-economica dei servizi offerti;
- Omettere informazioni dovute, al fine di orientare a proprio favore decisioni della PA;
- Destinare contributi/sovvenzioni/finanziamenti pubblici a finalità diverse da quelle per le quali sono stati ottenuti, o utilizzarli in modalità differenti a quanto previsto dalla normativa di riferimento. In particolare nelle prestazioni remunerate dalla Pubblica Amministrazione, va assicurata l'erogazione di tutti gli interventi previsti. I Responsabili di servizio assicurano il recepimento, nei percorsi di cura e nelle procedure interne, dei vincoli all'erogazione delle prestazioni imposte dalla regolazione delle Autorità sanitarie. La rendicontazione alla PA va resa sulla base dei costi e degli oneri effettivi occorsi. Agli atti vanno conservati i rendiconti resi alla P.A. corredati da tutti gli elementi giustificativi.
- Accedere in maniera non autorizzata ai sistemi informativi della PA, per ottenere e/o modificare informazioni a vantaggio dell'ente;
- Abusare della posizione di incaricato di pubblico servizio per ottenere utilità a vantaggio dell'ente. Lo schema degli standard di controllo prevede:

- a) Segregazione delle attività: deve esistere segregazione delle attività tra chi esegue, chi controlla e chi autorizza;
- b) Norme: devono esistere disposizioni aziendali idonee a fornire almeno principi di riferimento generali per la regolamentazione dell'attività sensibile;
- c) Poteri di firma e poteri autorizzativi: devono esistere regole formalizzate per l'esercizio di poteri di firma e poteri autorizzativi interni;

- d) Tracciabilità: l'attività sensibile e i suoi elementi caratterizzanti dev'essere tracciata e tracciabile.

In questo contesto il ruolo dell'Organismo di Vigilanza sarà:

- a) Curare l'emanazione e l'aggiornamento di istruzioni relative ai comportamenti da seguire nell'ambito delle Aree di Rischio, come individuate e, in genere, nei rapporti da tenere nei confronti della P.A.;
- b) Verificare periodicamente – con il supporto delle altre funzioni competenti – il sistema di deleghe in vigore, raccomandando delle modifiche nel caso in cui il potere di gestione e/o la qualifica non corrisponda ai poteri di rappresentanza conferiti;
- c) Verificare periodicamente, con il supporto delle altre funzioni competenti, la validità delle clausole finalizzate:
- All'osservanza da parte dei Destinatari delle disposizioni del Decreto;
 - Alla possibilità per l'ente di effettuare efficaci azioni di controllo nei confronti dei destinatari del Modello al fine di verificarne il rispetto;
 - All'attuazione di meccanismi sanzionatori qualora si accertino violazioni delle prescrizioni;
- d) Esaminare eventuali segnalazioni specifiche provenienti da qualsiasi fonte ed effettuare gli accertamenti ritenuti necessari od opportuni in conseguenza delle segnalazioni ricevute.

13.3 (IN PARTICOLARE) NOZIONE DI “PUBBLICA AMMINISTRAZIONE”, DI “PUBBLICO UFFICIALE”, DI “PERSONA INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO”

I reati contro la Pubblica Amministrazione (di seguito, in breve, anche “PA”), intesa in senso lato e tale da ricomprendere le PA estere, sono connotati dalla lesione dell'attività delle PA. e invero il bene giuridico tutelato dalle fattispecie incriminatrici è costituito dal buon andamento e imparzialità della PA, ovvero dall'interesse pubblico a preservare il prestigio della PA ed il suo regolare funzionamento (art. 97 della Costituzione). Talvolta tali reati sono anche plurioffensivi, nel senso che ledono altri interessi, quali, ad esempio, la libertà di determinazione del soggetto. Al fine di delineare i connotati di tali reati è essenziale indicare la definizione di Pubblica Amministrazione. Il codice penale non presenta una definizione di PA (mentre indica, come si vedrà a breve, la definizione di Pubblico Ufficiale e di Incaricato di Pubblico Servizio), tuttavia nella Relazione Ministeriale al codice stesso ed in relazione ai reati in esso previsti, sono ritenuti appartenere alla PA quegli enti che svolgono “tutte le attività dello Stato e degli altri enti pubblici”. In estrema sintesi, per PA può intendersi l'insieme di enti e soggetti pubblici (Stato, Ministeri, Regioni, Province, Comuni, Comunità Europee, ecc.) e talora privati che esercitano funzioni o servizi pubblici (organismi di diritto pubblico, concessionari, amministrazioni aggiudicatrici, S.p.A. miste, ecc.). La maggior parte dei reati contro la PA è perseguibile soltanto

qualora a commetterli sia stato un soggetto che riveste la qualifica di Pubblico Ufficiale (PU) o di Incaricato di Pubblico Servizio (IPS). A norma dell'art. 357 c.p., è Pubblico Ufficiale colui che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. La funzione legislativa consiste nell'attività diretta alla produzione di provvedimenti aventi valore di legge, ricomprendendo, in tale ambito, sia l'attività legislativa costituzionale, sia l'attività legislativa primaria (leggi e atti del Governo aventi forza di legge), sia l'attività legislativa delle Regioni e delle Province (queste ultime per quanto attinenti alla loro attività normativa), sia, infine, l'attività legislativa rilevante nell'ambito dell'ordinamento nazionale delle Istituzioni dell'Unione Europea.

E' Pubblico Ufficiale, in quanto svolge la "pubblica funzione legislativa", dunque, chiunque, a livello nazionale o comunitario, partecipi all'esplorazione di tale potere (ad es. membri del Parlamento, del Governo, delle Regioni e delle Province; nonché i membri delle Istituzioni dell'Unione Europea aventi competenze legislative rilevanti nell'ambito dell'ordinamento nazionale). La funzione giudiziaria comprende sia la funzione giurisdizionale in senso proprio, sia l'insieme delle attività espletate da altri organi giudiziari la cui attività è funzionale allo svolgimento della funzione giurisdizionale. E' Pubblico Ufficiale chi esercita l'attività afferente l'amministrazione della giustizia (ad es. magistrati, cancellieri, segretari, ausiliari dei magistrati, membri della Corte di Giustizia e della Corte dei Conti Comunitarie, ecc.). La funzione amministrativa pubblica si caratterizza per essere disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi. I poteri tipici riconducibili alla "pubblica funzione amministrativa", possono essere classificati in: potere deliberativo, potere autoritativo e potere certificativo della Pubblica Amministrazione:

- il potere deliberativo della PA è quello relativo alla "formazione e manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione"; questa formula va letta in senso lato e, pertanto, è comprensiva di qualsiasi attività che concorra in qualunque modo ad estrinsecare il potere deliberativo della Pubblica Amministrazione; rientra in

tale definizione, ad esempio, il potere di una commissione di appalto di assegnare ad un soggetto, con una decisione collegiale, l'aggiudicazione di una gara;

- il potere autoritativo della PA si concretizza, invece, in tutte quelle attività che permettono alla Pubblica Amministrazione di realizzare i suoi fini mediante veri e propri comandi. Questo ruolo di supremazia della PA è, ad esempio, facilmente individuabile nel potere della stessa di rilasciare "concessioni" ai privati. Alla luce di queste considerazioni, possono essere qualificati come "pubblici ufficiali" tutti i soggetti preposti ad esplicare tale potere;
- il potere certificativo viene normalmente riconosciuto in quello di rappresentare come certa una determinata situazione sottoposta alla cognizione di un "pubblico agente"; può pertanto essere qualificato come pubblico ufficiale il rappresentante di un organismo notificato per l'effettuazione delle verifiche periodiche sulle attrezzature a pressione: questi esercita, infatti, il proprio potere certificativo quando accerta il mantenimento e l'integrità del funzionamento dei dispositivi di sicurezza e dell'apparecchiatura, rilasciando un apposito verbale.

14 PARTE SPECIALE “A”

La presente Parte Speciale A ha lo scopo di individuare, i rischi-reato connessi alle attività svolte dalle singole aree aziendali cui è dedicata una sezione specifica.

14.1. AREE AZIENDALI A RISCHIO-REATO

Le aree aziendali nelle quali si possono realizzare reati a rischio di cui alle sezioni successive, sono: amministrazione/accettazione, acquisti, gestione del personale, direzione sanitaria, qualità e sicurezza sul lavoro.

14.2 SEZIONE I AREA AMMINISTRAZIONE/ACCETTAZIONE

Descrizione delle Attività svolte

La Segreteria si occupa di fornire l'assistenza di primo contatto ai pazienti fungendo così da primo interlocutore con l'utenza intenzionata a usufruire dei servizi della struttura, sia quelli erogati all'interno della struttura sia quelli erogati con prestazione domiciliare. Fornisce le informazioni necessarie agli utenti per l'accesso a tali servizi guidandoli negli adempimenti burocratici a loro carico. La Segreteria accoglie il paziente dandone comunicazione alle differenti professionalità delle società che sono interessate dalla presa in carico del paziente, ne cura gli aspetti documentali e burocratici assicurandosi di verificare la corretta tenuta dei documenti amministrativi relativi all'assistenza da fornire. Poiché la Società svolge l'attività sanitaria in regime privatistico, la Segreteria provvede alla predisposizione di quanto necessario alla fatturazione.

L'Area Amministrativa di **Acilia Medica** viene svolta a livello centralizzato dall'Area Amministrativa della Rete Artemisia Lab, che per conto di tutti i Centri della Rete si occupa della pianificazione e della gestione delle attività finanziarie aziendali, delle attività di gestione della contabilità, del controllo di gestione, della contabiliz-

zazione delle fatture (attiva e passiva), della tenuta dei registri contabili richiesti dalla normativa civilistica e fiscale, della predisposizione della bozza di bilancio d'esercizio, nonché della predisposizione ed invio delle dichiarazioni fiscali. L'Area Amministrativa si occupa di elaborare il budget e i report finalizzati alla verifica della performance economica aziendale, del raggiungimento degli obiettivi annuali e dei requisiti richiesti dal Sistema di Pianificazione e controllo adottato dalla società. Per quanto concerne l'espletamento di alcune attività, relative alla predisposizione del bilancio, adempimenti fiscali e pianificazione finanziaria, **Acilia Medica** si avvale anche dei servizi di consulenza resi da studi professionali esterni specializzati. L'Area Contabilità viene svolta a livello centralizzato per tutti i Centri della Rete Artemisia Lab e provvede alla tenuta della cassa della società, eseguendo pagamenti ed incassi in corrispondenza della fatturazione. Per quanto concerne la fatturazione attiva, questa è emessa dalla Segreteria. L'incasso è gestito dall'istituto bancario per i pagamenti a mezzo bonifico, ovvero dall'Area Accettazione (quando eseguito in contanti e nei limiti di legge) che provvede anche all'emissione di fattura/quietanza e a comunicare all'Area Contabilità l'aggiornamento della prima nota. La fatturazione passiva, invece, è prima vistata dall'Area Amministrazione e Acquisti e dunque trasmessa

all'Area Contabilità per l'accettazione e l'emissione dei pagamenti che avvengono a 30-60- 90 gg dall'emissione. Per quanto attiene alle spettanze del personale dipendente e agli oneri contributivi, questi sono comunicati alla Contabilità dall'Area Gestione del Personale. I pagamenti sono tutti autorizzati dall'Amministratore previa assistenza dell'Area Contabilità sulla base delle predette risultanze e successive verifiche, a mezzo servizio *home banking* del predetto istituto bancario, salvo l'importo non richieda un ordine di bonifico eseguito *de visu*.

14.3 ATTIVITÀ SENSIBILI

Nell'ambito delle attività della Segreteria/Amministrazione sono ritenute sensibili:

- Gestione della fatturazione attiva
- attività di accettazione pazienti
- attività di gestione dei servizi ambulatoriali e/o domiciliari
- predisposizione della documentazione da inviare all'ASL
- gestione delle attività di accettazione dei pazienti in regime privato
- fatturazione attiva verso clienti
- fatturazione attiva verso la PA
- contabilizzazione fatture attive
- emissione note di credito
- processo di rilevazione sistematica dei dati contabili
- metodo di rilevazione dei dati non rilevati automaticamente
- gestione delle anomalie sui sistemi informatici contabili
- creazione anagrafica clienti
- correzione errori
- gestione insoluti

Gestione della fatturazione passiva

- registrazione e contabilizzazione delle fatture passive
- gestione e contabilizzazione fatture passive emesse dai collaboratori
- gestione delle anomalie delle fatture ricevute a fronte degli Ordini di acquisto ("OdA")
- processo di rilevazione sistematica dei dati contabili
- metodo di rilevazione dei dati non rilevati automaticamente

- gestione delle donazioni e/o sponsorizzazioni
- anagrafica fornitori

Gestione della contabilità

- quantificazione dei budget da assegnare alle diverse funzioni
- comunicazione con le diverse funzioni in merito alla stima dei costi previsionali e consuntivi
- verifica dei budget
- archiviazione di tutti i rendiconti e relativi documenti
- processo di rilevazione sistematica dei dati contabili
- metodo di rilevazione dei dati non rilevati automaticamente

Chiusure di periodo

- sospensione delle scritture contabili;
- riconciliazione e contabilizzazione della chiusura;
- registrazione, accertamenti e rilascio dei dati dopo approvazione.

Valutazione, calcolo e pagamento delle imposte

- valutazione e calcolo delle imposte;
- gestione di agevolazioni e/o sgravi fiscali;
- invii telematici delle comunicazioni;
- pagamento delle imposte. Cassa
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione delle risorse finanziarie derivanti da erogazioni e pagamenti pubblici;
- gestione delle provviste derivanti da attività interna;
- flussi finanziari in entrata e uscita;
- pagamenti ai Consulenti;
- registrazioni dei pagamenti e degli incassi;
- riconciliazione dei dati bancari;
- pagamento donazioni e/o sponsorizzazioni;

- pagamenti da e verso la Pubblica Amministrazione;
- pagamenti da e verso privati.

Missioni, trasferte e rimborsi di viaggi

- acquisto servizi alberghieri;
- acquisto viaggio/hotel;
- riconoscimento di rimborso.

Rapporti con la Pubblica Amministrazione

- gestione dei rapporti con pubblici ufficiali e/o incaricati di pubblico servizio;
- predisposizione della documentazione per l'ottenimento di fondi e/o erogazioni pubbliche e/o gestione dei rimborsi in regime di convenzione;
- gestione di eventuali fondi e/o erogazioni pubbliche percepite dalla Società;
- gestione delle ispezioni da parte delle Pubbliche Autorità (es. Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza, etc.).

14.4 REATI RILEVANTI

Nell'ambito della gestione si potrebbero configurare astrattamente le seguenti fattispecie di Reati: a) Reati societari: false comunicazioni sociali (2621 c.c.); impedito controllo (art. 2625 c.c.); indebita restituzione dei conferimenti (art. 2626 c.c.); illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.); illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 c.c.); operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 c.c.); formazione fittizia del capitale (art. 2632 c.c.); indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.); corruzione tra privati (art. 2635 c.c.); istigazione alla corruzione tra privati (art. 2635 - bis); illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 c.c.). b) Reati contro e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione: peculato (limitatamente al primo comma dell'art. 314 c.p.); peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.); malversazione di erogazioni pubbliche (art. 316 bis c.p.); indebita percezione di erogazioni pubbliche (art. 316 ter c.p.); concussione (art. 317 c.p.); corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.); corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.) corruzione in atti giudiziari (art. 319 ter c.p.); induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.); corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.); Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.); peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (art. 322 bis c.p.); abuso d'ufficio (art.

323 c.p.); frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.); truffa (art. 640, comma 2, n. 1, c.p.); truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640 bis c.p.); frode informatica ai danni dello stato (art. 640 ter c.p.). c) Reati transnazionali (l. n. 146/2006; induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377 bis c.p.); favoreggiamento personale (art. 378 c.p.); associazione per delinquere (art. 416 c.p.); associazioni di tipo mafioso anche straniere (416 bis c.p.); d) Ricettazione e riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e autoriciclaggio (artt. 648, 648-bis, art. 648 ter e 648-ter,1 c.p.). e) Associazione per delinquere (art. 416 c.p., ad eccezione del sesto comma); associazioni di tipo mafioso anche straniere (art. 416- bis c.p.). f) Delitti informatici e trattamento illecito di dati: falsità in un documento informatico (art. 491 bis c.p.); accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615 ter c-p); detenzione, diffusione e installazione abusiva di apparecchiature, codici e altri mezzi atti all'accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615 quater c.p.); danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635 bis c.p.); danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635 ter c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635 quater c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635 quinquies c.p.); frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640 quinquies c.p.). g) Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico: associazioni sovversive (art. 270 c.p.); associazioni con finalità di terrorismo anche internazionale o di eversione dell'ordine democratico (art. 270 bis c.p.). h) reati tributari: dichiarazione fraudolenta mediante uso di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti (art. 2 D.Lgs. n. 74/2000); dichiarazione fraudolenta mediante altri artifici (art. 3 D.Lgs. n. 74/2000); emissione di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti (art. 8 D.Lgs. n. 74/2000); occultamento o distruzione di documenti contabili (art. 10 D.Lgs. n. 74/2000); sottrazione fraudolenta al pagamento di imposte (art. 11 D.Lgs. n. 74/2000); dichiarazione infedele (art. 4 D.Lgs. n. 74/2000); omessa dichiarazione (art. 5 D.Lgs. n. 74/2000); indebita compensazione (art. 10-quater D.Lgs. n. 74/2000).

14.5 SOGGETTI RILEVANTI

I Soggetti Rilevanti rispetto alle attività svolte dall'Area Amministrazione/Accettazione, sono i seguenti:

- Responsabile Accettazione
- Responsabile Amministrazione
- Reparto Contabilità
- Ufficio acquisti
- Ufficio personale

Con riguardo alle attività individuate in questa sezione, sono equiparati ai Soggetti Rilevanti, sia i responsabili delle Aree che partecipano allo svolgimento del singolo processo, sia i professionisti e i Consulenti esterni, qualora abbiano rilievo nell'esecuzione delle suddette attività.

14.6 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO

I soggetti che partecipano alle attività svolte dall'Area devono adeguare il proprio comportamento, oltre che alle procedure interne adottate dalla Società, alle seguenti regole di condotta:

Gestione dei sistemi informatici

- 1) l'accesso al sistema informatico deve essere consentito solo a soggetti autorizzati;
- 2) il sistema informatico deve garantire l'evidenza dei singoli accessi tracciandone l'identità dell'utente, gli inserimenti ed eventuali modifiche dei dati;
- 3) le attività di verifica, manutenzione ed aggiornamento del sistema informatico devono eseguirsi con periodicità almeno annuale;
- 4) la gestione dell'attività amministrativa e contabile della Società deve avvenire attraverso il sistema informatico.

Gestione documentale

- 1) Il responsabile d'area si assicura che l'utenza abbia potuto prendere visione della informativa privacy e abbia sottoscritto relativa dichiarazione;
- 2) Il responsabile d'area si assicura che la documentazione amministrativa informatica e cartacea sia accessibile esclusivamente ai soggetti autorizzati, all'uopo conservando la stessa in sistemi informatici dotati di password e schedari dotati di chiavi o combinazioni.

Gestione dei flussi

- 1) la comunicazione di dati e di informazioni contabili tra i soggetti coinvolti deve avvenire sempre per iscritto;
- 2) il Responsabile Amministrativo verifica che le informazioni indicate nelle fatture verso la PA siano in linea con i dati sanitari inviati dal Referente di Struttura;
- 3) i soggetti che, nello svolgimento della propria attività, vengono a conoscenza di eventuali anomalie, anche in relazione alla veridicità, legittimità e correttezza dei dati, devono darne comunicazione immediata e puntuale al Responsabile di Area.

Elaborazione Bilancio e reportistica

- 1) l'elaborazione dei report contabili all'Amministrazione Generale viene effettuata dall'ufficio contabilità;
- 2) con cadenza semestrale si svolge la pianificazione previsionale dei dati contabili relativi ai risultati operativi e una volta l'anno si effettua la pianificazione del budget per l'anno successivo;
- 3) l'aggiornamento del piano dei conti deve essere corredato di criteri esplicativi per ciascun settore di riferimento;
- 4) le chiusure di periodo contabile e le scritture contabili devono avvenire in base ad un calendario prestabilito;
- 5) i risultati contabili devono essere determinati nel rispetto dei criteri di trasparenza;
- 6) la valutazione degli accantonamenti a Fondi rischi viene effettuata dal Responsabile di Area di concerto con il Responsabile Amministrativo;
- 7) il Responsabile Amministrativo sottoscrive una dichiarazione annuale di veridicità dei dati e delle informazioni di maggior rilievo.

Gestione pagamenti ordini

- 1) il Responsabile Amministrativo ha l'obbligo di bloccare ogni pagamento qualora non sia presente un ordine d'acquisto, con eccezione di pagamenti relativi a tasse, imposte, energie, e quant'altro specificatamente indicato in deroga;
- 2) ogni pagamento deve essere supportato da idonea documentazione che deve essere debitamente archiviata dal Responsabile Acquisti.

Verifiche e controlli

- 1) il Responsabile dell'amministrazione effettua il controllo dei dati contabili da far confluire in un report mensile;
- 2) in caso di ispezioni da parte di Pubbliche Autorità (Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza, Ministero Sviluppo Economico, ASP, Regione, Ministero della Salute, etc.), l'Organo Amministrativo è il soggetto preposto ad intrattenere rapporti con gli incaricati delle Pubbliche Autorità. All'esito dell'ispezione deve elaborare un report indicando eventuali partecipanti, documenti e tipo di ispezione svolta.

Gestione dei conti correnti

- 1) l'accesso ai sistemi telematici bancari è consentito al Responsabile Amministrativo nonché ad eventuale altro soggetto a ciò espressamente autorizzato;

- 2) il Responsabile Amministrativo verifica periodicamente la corrispondenza tra incassi contabilizzati e quanto versato sul conto corrente bancario;
- 3) il Responsabile Amministrativo esamina costantemente le movimentazioni del conto corrente;
- 4) i pagamenti sono effettuati nel rispetto di un'apposita procedura ed in linea con i poteri di spesa attribuiti. Periodicamente il responsabile amministrativo incaricato predispone le distinte cartacee dei pagamenti e autorizza le stesse con password. Il Responsabile amministrativo incaricato trasferisce tali dispositivi di pagamento alla banca per l'effettuazione dei pagamenti autorizzati. Il Reparto Contabilità effettua la registrazione contabile dell'avvenuto pagamento;
- 5) i pagamenti sono autorizzati previo ottenimento delle preliminari firme dei soggetti preposti in linea con il Sistema delle deleghe adottato.

Gestione delle donazioni e sponsorizzazioni

- 1) le donazioni e/o sponsorizzazioni devono essere soggette a specifica approvazione e devono essere monitorate dall'Organo Amministrativo;
- 2) il Responsabile Amministrativo garantisce la tracciabilità e l'archiviazione dei documenti relativi alle operazioni di donazione e/o sponsorizzazione.

14.7 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV

In aggiunta agli eventuali flussi informativi previsti nella Parte Generale del presente Modello, l'Area dovrà dare comunicazione all'OdV:

- 1) di erogazioni pubbliche, operazioni straordinarie di tesoreria o finanziarie, richieste, effettuate o ottenute dalla Società;
- 2) di ispezioni svolte da Pubbliche Autorità, a seguito delle quali il Responsabile Amministrativo trasmetterà copia del report redatto in tale circostanza;
- 3) della provenienza dall'estero di fondi utilizzati dalla Società.

SEZIONE II

15 AREA ACQUISTI

15.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

L'Area Acquisti è centralizzata per tutti i Centri della Rete Artemisia Lab e si occupa delle attività di approvvigionamento dei beni e servizi necessari al soddisfacimento dei bisogni della Società **Acilia Medica**,

procedendo sulla base di richieste scritte provenienti dal responsabile preposto a seconda del tipo di bene o servizio da richiedere. Le riferite attività hanno l'obiettivo di controllare le prestazioni attraverso una corretta gestione del fabbisogno aziendale, con conseguente valutazione delle offerte svolte dai fornitori in ordine agli acquisti da effettuare e, con lo scopo, di massimizzare il livello del servizio reso al paziente finale, ottimizzando contestualmente i costi operativi ed il capitale impegnato. Per quanto attiene ai beni di consumo ordinari, l'Area Acquisti predispone gli appositi moduli di acquisto che vengono inviati al Responsabile Amministrativo, che provvede ad avallare o meno l'ordine.

15.2 ATTIVITÀ SENSIBILI

Nell'ambito dell'attività relativa agli acquisti sono stati identificati i seguenti Processi Sensibili:

- emissione richieste di acquisto o approvvigionamento delle materie produttive e materiali di consumo
- gestione delle fatturazioni e dei rapporti con i collaboratori esterni per i servizi ambulatoriali e/o Domiciliari.

Nell'ambito dell'attività relativa alla Gestione degli Acquisti sono stati identificati i seguenti Processi Sensibili:

- procedura di valutazione delle offerte dei fornitori e trattativa economica
- selezione dei fornitori di beni o servizi
- assistenza nell'emissione di Ordini di acquisto.

15.3 REATI RILEVANTI

Nell'ambito del presente Settore si potrebbero configurare astrattamente le seguenti fattispecie di Reati:

- a) Reati societari: false comunicazioni sociali (art. 2621 c.c.); (istigazione alla) corruzione tra privati (art. 2635 e 2635 bis c.c.).
- b) Reati commessi in relazione ai luoghi di lavoro: omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime (artt. 589 e 590 c.p.), commessi in violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.
- c) Ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e autoriciclaggio (artt. 648, 648-bis, 648 ter c.p. e 648-ter.1, c.p.).
- d) Reati informatici: falso in documenti informatici (art. 491-bis c.p.).
- e) Reati tributari;
- f) Delitti in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti e altre fattispecie in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti.

15.4 SOGGETTI RILEVANTI

I Soggetti Rilevanti nell'ambito delle attività svolte dall'Area Acquisti sono i seguenti:

- Organo Amministrativo
- Ufficio Acquisti
- Uffici richiedenti.

15.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO

I soggetti che partecipano alle attività svolte dall'Area Acquisti devono adeguare il proprio comportamento, oltre che alle procedure interne adottate dalla Società, alle seguenti regole di condotta:

1. l'accesso ai sistemi informatici deve essere consentito solo a soggetti autorizzati dai Settori e dalle Aree interessate e deve garantire l'evidenza dei singoli passaggi e l'identificazione dei soggetti che inseriscono o correggono i dati contenuti nel sistema;
2. immediata e puntuale comunicazione al responsabile dell'Area Amministrativa di eventuali anomalie individuate, anche in relazione alla possibilità che le stesse abbiano potuto causare significative distorsioni sulla veridicità, legittimità e correttezza dei dati rilevati;
3. ogni ordine di acquisto deve essere firmato dal Responsabile dell'Ufficio Richiedente;
4. ogni acquisto deve essere supportato da idonea documentazione cartacea, debitamente archiviata dall'Area Acquisti
5. l'Area Acquisti ha l'obbligo di verificare periodicamente lo stato degli ordini di acquisto aperti e mai chiusi;
6. l'Area Acquisti deve gestire gli ordini di acquisto in relazione all'importo economico;

7. l'Area Acquisti deve verificare la congruità della fatturazione alle prestazioni rese dai collaboratori esterni per i servizi ambulatoriali e/o domiciliari;
8. l'acquisto di beni e servizi avviene con l'emissione della Richiesta di Acquisto da parte dell'Ufficio richiedente e previa approvazione della stessa da parte dei responsabili di area;
9. eventuali deroghe alla procedura acquisti devono essere supportate da adeguata giustificazione e documentazione;

16.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

L'Area Gestione del Personale, svolta a livello centralizzato per tutti i Centri della Rete Artemisia Lab, si occupa della pianificazione e della gestione del personale della Società. In particolare, oltre a svolgere le attività di attuazione delle politiche riguardanti il personale, nell'ambito delle strategie aziendali, l'Area gestione del personale si occupa a titolo esemplificativo e senza limitazione, di pianificazione degli organici, ricerca e selezione del personale, formazione del personale, politiche retributive, gestione delle promozioni, avanzamenti, bonus, trasferimenti, sostituzioni, rilevazione delle presenze.

Le attività relative alla predisposizione dei cedolini di pagamento, relazioni con enti previdenziali (INPS, INAIL), adempimenti di legge previsti per la gestione del personale, gestione ispezioni da parte di enti pubblici su aspetti giuslavoristici, contatti con la P.A. per ottenimento e gestione di fondi, agevolazioni, contributi e/o finanziamenti vincolati ad assunzioni, aggiornamenti e formazione del personale, consulenze, gestione del contenzioso limitatamente al personale e gestione delle politiche sindacali vengono svolte da uno studio esterno di consulenza del lavoro.

In fase di selezione del personale, e fatta eccezione per quello medico e per quello preposto alle attività ambulatoriali e/o domiciliari, la presente Area opera una prima selezione dei candidati scegliendo tra i curricula pervenuti attraverso le candidature spontanee, e proponendo all'Organo Amministrativo una rosa di candidati ritenuti potenzialmente idonei.

L'Area è altresì deputata a verificare che i dipendenti e gli altri collaboratori ricevano un'adeguata formazione continua, erogata da agenzie esterne.

L'Area si occupa di monitorare i dati relativi alle presenze del personale, rilevate elettronicamente tramite un'apposita App, nonché vistare le richieste di ferie e di permessi. Lo studio di consulenza del lavoro esterno elabora le turnazioni e i cedolini paga, gestisce l'aspetto amministrativo dei procedimenti disciplinari sulla base delle indicazioni dei responsabili del servizio.

Per quanto concerne la predisposizione delle paghe ed il calcolo dei contributi, la Società si avvale dei servizi informatici di una società di consulenza esterna, quest'ultima cura l'aggiornamento dei software operativi anche alla luce delle modifiche normative. Per la rilevazione delle presenze la Società si avvale di un software.

16.2 ATTIVITÀ SENSIBILI

Nell'ambito delle attività dell'Area sono ritenute sensibili:

Assunzione del Personale

- richiesta di nuove risorse;

- identificazione e utilizzo dei canali di reclutamento;
- selezione dei candidati;
- individuazione dell'inquadramento del candidato;
- assunzione del candidato;
- gestione degli adempimenti previsti per l'assunzione del personale; archiviazione dei documenti relativi alle attività di selezione.

Retribuzioni e bonus

- pianificazione delle politiche e dei criteri di valutazione;
- applicazione dei criteri di valutazione;
- criteri di riconoscimento dei bonus;
- gestione documentazione di valutazione.

Gestione degli stipendi e adempimenti previdenziali e assistenziali

- elaborazione degli stipendi;
- calcolo e adempimenti previsti per i trattamenti previdenziali ed assistenziali;
- predisposizione dichiarazioni per i dipendenti;
- rimborsi presso INPS e INAIL;
- condoni previdenziali;
- gestione delle ispezioni, verifiche e accertamenti da parte delle Autorità (Inps, Inail, Ispettori del lavoro, etc.);
- comunicazioni alle Autorità competenti effettuate con mezzi informatici;
- gestione delle agevolazioni fiscali.

Formazione e finanziamenti

- individuazione dei fabbisogni formativi;
- riscontro dell'efficacia delle attività di formazione;
- gestione di finanziamenti pubblici e contributi agevolati anche in tema di formazione.

16.3 REATI RILEVANTI

Nell'ambito della presente gestione si potrebbero configurare astrattamente le seguenti fattispecie di Reati:

- a) Reati societari: false comunicazioni sociali (2621 c.c.); corruzione tra privati (art. 2635 c.c.).
- b) Reati contro e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione: peculato (limitatamente al primo comma dell'art. 314 c.p.); peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.); malversazione di erogazioni pubbliche (art. 316 bis c.p.); indebita percezione di erogazioni pubbliche (art. 316 ter c.p.); concussione (art. 317 c.p.); corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.); corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.) corruzione in atti giudiziari (art. 319 ter c.p.); induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.); corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.); Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.); peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (art. 322 bis c.p.); abuso d'ufficio (art. 323 c.p.); frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.); truffa (art. 640, comma 2, n. 1, c.p.); truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640 bis c.p.); frode informatica ai danni dello stato (art. 640 ter c.p.).
- c) Delitti informatici e trattamento illecito di dati: accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615 ter c.p.); detenzione, diffusione e installazione abusiva di apparecchiature, codici e altri mezzi atti all'accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615 quater c.p.); ; falsità in un documento informatico (art. 491-bis); danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635 bis c.p.); danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635 ter c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635 quater c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635 quinquies c.p.); frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640 quinquies c.p.).
- d) Impiego di soggetti stranieri sempre permesso di soggiorno;

16.4 SOGGETTI RILEVANTI

I Soggetti Rilevanti nell'ambito delle attività svolte dall'Ufficio del Personale sono i seguenti:

- Organo Amministrativo.

16.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO

I soggetti che partecipano alle attività svolte dall'Area devono adeguare il proprio comportamento, oltre che alle linee guida interne adottate dalla Società, anche alle seguenti regole di condotta:

Selezione ed Assunzione del Personale

1. la determinazione del fabbisogno di risorse umane a tempo indeterminato deve essere svolta collegialmente nel contesto dei Processi di pianificazione delle risorse e debitamente documentato;
2. la richiesta di una nuova risorsa deve essere inoltrata da parte dell'Ufficio richiedente attraverso la sottoscrizione di apposito modulo;
3. nel processo di selezione si devono osservare le regole di tracciabilità delle fonti e di reperimento dei curricula;
4. la selezione deve essere svolta almeno da due soggetti diversi (Responsabile di Struttura e l'Ufficio del Personale) ciascuno dei quali valuterà il candidato per gli aspetti di propria competenza;
5. l'atto formale di assunzione deve competere, in base al Sistema di Deleghe e Procure, al Dirigente richiedente;
6. i documenti relativi a tutta la fase di selezione devono essere debitamente archiviati dall'Ufficio del Personale;
7. le assunzioni di personale appartenente a categorie protette o agevolate sono gestite direttamente dall'Ufficio del Personale;
8. la gestione di eventuali agevolazioni ed incentivi per le assunzioni, ovvero agevolazioni previdenziali e formative devono essere debitamente documentate, archiviate e autorizzate dall'Ufficio del Personale.

Bonus e retribuzione

1. per i Dipendenti a cui la Società riconosce anche una parte variabile dello stipendio, questo deve essere calcolato sulla base di target predeterminati annualmente;
2. annualmente viene svolta una valutazione dei Dipendenti finalizzata allo sviluppo personale e professionale delle risorse;
3. al fine dell'elaborazione degli stipendi, la rilevazione delle presenze viene operata esclusivamente per il tramite di sistemi informatici;
4. l'inserimento in busta paga di voci retributive che non siano previste contrattualmente e/o normativamente, deve essere preventivamente autorizzato per iscritto dall'Organo Amministrativo.

16.6 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV

Nell'espletamento delle proprie attività, in aggiunta agli eventuali flussi informativi previsti nella Parte Generale del presente Modello, l'Ufficio del Personale dovrà dare comunicazione scritta di:

1. ogni modifica rilevante della struttura e/o dell'organigramma aziendale;
2. eventuale ottenimento di benefici e/o sgravi fiscali solo per progetti regionali nonché dell'eventuale ottenimento di finanziamenti pubblici in relazione alla gestione e formazione del personale;
3. notizie relative ai comportamenti da cui possono derivare procedimenti dovuti al mancato rispetto degli obblighi previsti dal Sistema disciplinare allegato al presente Modello;
4. eventuali accertamenti/ispezioni in materia previdenziale e/o comunque inerenti al personale.

SEZIONE IV

17 DIREZIONE SANITARIA

17.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Il Direttore Sanitario sovrintende all'intera Direzione Sanitaria. Il Direttore Sanitario coordina il lavoro dei colleghi medici e del personale di fisioterapia e tecnico che svolgono le proprie mansioni all'interno della struttura. Il Direttore Sanitario coordina, inoltre, i collaboratori esterni che operano in sede domiciliare.

Medici Specialisti

Svolgono i compiti di responsabili del conseguimento degli obiettivi, del controllo dei processi e dei risultati diagnostici e terapeutici. Sono anche responsabili dell'organizzazione e gestione delle risorse assegnate al presidio medesimo. I medici specialisti rispondono, dal punto di vista organizzativo gerarchicamente al Direttore Sanitario con il quale concordano gli obiettivi operativi e le relative risorse.

17.2 ATTIVITÀ SENSIBILI

Nell'ambito delle attività svolte dalla Direzione Sanitaria sono ritenute sensibili:

- partecipazione alle ispezioni/verifiche e rapporti con Pubbliche Autorità ed ASP;
- gestione delle operatività relative alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, (la trattazione di tali materie è rinviata ad una specifica sezione del presente Modello);
- gestione delle operatività relative ai rifiuti: classificazione, raccolta, movimentazione e smaltimento delle diverse tipologie di rifiuti;
- pianificazione, gestione (per quanto di competenza), monitoraggio e controllo delle varie fasi del percorso terapeutico;
- validazione, monitoraggio e controllo dei Piani Operativi elaborati;

- selezione di metodiche e strumenti tecnico-scientifici, controllo del loro utilizzo e dei risultati;
- definire i bisogni/diritti dell'utente;
- pianificare la gestione, il monitoraggio e la verifica di tali interventi;
- esecuzione delle prescrizioni terapeutiche;
- istruttoria del contratto per la fruizione di un particolare servizio in regime privato;
- monitoraggio sull'avanzamento degli obiettivi operativi annuali negoziati dai responsabili di modulo con il direttore Amministrativo;
- gestione delle richieste di fornitura di beni e servizi;
- gestione dei processi relativi a Rifiuti Speciali e Sterilizzazione;
- archiviazione del carteggio e relativa documentazione sanitaria;
- gestione della documentazione sanitaria;
- consegnare e ritirare quotidianamente la corrispondenza in entrata ed uscita di pertinenza dell'Amministrazione dall'ufficio protocollo;
- elaborazione e gestione della Turnazione mensile del personale dei moduli e dei servizi logistici;
- gestione delle liste d'attesa;
- gestione del rilascio agli utenti di certificati e/o copie della documentazione clinico assistenziale ed amministrativa;
- gestione dei rapporti con gli enti territoriali committenti (regione, Asp, distretti, comuni) e con il Tribunale.

17.3 REATI RILEVANTI

Nell'ambito della presente Direzione si potrebbero configurare astrattamente le seguenti fattispecie di Reati:

- a) **Reati contro e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione:** peculato (limitatamente al primo comma dell'art. 314 c.p.); peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.); malversazione a danno dello Stato (art. 316 bis c.p.); indebita percezione a danno dello Stato (art. 316 ter c.p.); concussione (art. 317 c.p.); corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.); corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.) corruzione in atti giudiziari (art. 319 ter c.p.); induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.); corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.); Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.); peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (art. 322 bis c.p.); abuso d'ufficio (art. 323 c.p.); frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.); truffa (art. 640, comma 2, n. 1,

c.p.); truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640 bis c.p.); frode informatica ai danni dello stato (art. 640 ter c.p.).

- b) Delitti informatici e trattamento illecito di dati:** falsità in un documento informatico (art. 491 bis c.p.); accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615 ter c-p); detenzione, diffusione e installazione abusiva di apparecchiature, codici e altri mezzi atti all'accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615 quater c.p.); ; danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635 bis c.p.); danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635 ter c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635 quater c.p.); danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635 quinquies c.p.); frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640 quinquies c.p.).
- c) Reati commessi in relazione ai luoghi di lavoro:** omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime (Artt. 589 e 590 c.p.); commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro la cui trattazione si rinvia alla parte sicurezza.
- d) Reati ambientali:** comportamenti volti al mancato rispetto della normativa in materia ambientale;
- e) Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 74 DPR 309/90).**

17.4 SOGGETTI RILEVANTI

I Soggetti Rilevanti nell'ambito delle attività svolte dalla presente Direzione sono i seguenti:

- Organo Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Medici

17.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO

I soggetti che partecipano alle attività svolte dalla Direzione devono adeguare il proprio comportamento, oltre alle procedure interne adottate dalla Società, alle seguenti regole di condotta:

Attività di coordinamento del personale sanitario

- 1) Il Direttore Sanitario deve garantire la tracciabilità delle fasi operative e degli atti svolti;
- 2) Il Direttore Sanitario riporta trimestralmente monitoraggio sull'avanzamento degli obiettivi operativi annuali negoziati dai responsabili di modulo con l'Organo Amministrativo;
- 3) I Medici devono per ciascun paziente riportare, in modo esauriente e completo, sulla propria sezione di competenza della cartella clinica informatizzata tutti i dati rilevanti rispetto all'attività svolta;

- 4) L'accesso alla cartella informatizzata è consentito solo con password; il sistema deve rilevare univocamente l'autore delle annotazioni e non consentire la cancellazione/sovrascrittura dei dati;
- 5) I terapeuti compilano e tengono aggiornata e ordinata la cartella;
- 6) Il Direttore Sanitario vigila sull'effettiva osservanza da parte del restante personale del proprio dovere di annotazione esaustivo e completo sulle cartelle cliniche;
- 7) Le somministrazioni dei farmaci devono avvenire in osservanza delle istruzioni impartite e solo previa approvazione del Medico e del Direttore Sanitario.

Attività di rapporti con la p.a.

- 1) Alle ispezioni/verifiche e ai rapporti con la pubblica autorità deve presenziare il Direttore Sanitario ovvero un suo delegato;
- 2) Il Direttore sanitario o il suo delegato, in caso di ispezione deve redigere apposito verbale da dove risulti il soggetto che ha effettuato l'ispezione, la p.a. di appartenenza, l'oggetto e l'esito dell'ispezione;
- 3) Il Direttore sanitario si assicura che la documentazione relativa ai processi Rifiuti Speciali e Sterilizzazione sia redatta e conservata secondo le regole previste dai suddetti protocolli;
- 4) Il Direttore sanitario informa l'area sicurezza sui fatti rilevanti ai fini della rilevazione e prevenzione dei rischi, collabora con il medico competente;
- 5) Il Direttore sanitario si assicura che l'accesso ai farmaci psicotropici sia garantito alle sole persone autorizzate, le quali compilano un registro di carico/scarico custodito insieme ai suddetti farmaci;

SEZIONE V

18 AREA QUALITÀ E SICUREZZA SUL LAVORO

18.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

L'Area Qualità e Sicurezza, in attuazione della politica aziendale, si occupa di gestire i rischi legati alla sicurezza e alla salute sui luoghi di lavoro nonché di verificare la rispondenza dei processi produttivi ai requisiti della certificazione di qualità. La società **Acilia Medica** ha redatto un documento di valutazione dei rischi nel quale si evidenzia un rischio basso per i lavoratori, vista la tipologia dei pazienti. Invero i rischi possibili attengono per lo più a possibili patologie e microtraumi dovute alla movimentazione del paziente, rischio per il quale il personale sanitario è prontamente addestrato in virtù delle competenze professionali delle quali già dispone, sia per l'attività di formazione interna svolta dal RSPP. Per quel che riguarda l'area di attività gestita dall'Organo Amministrativo, relativa alle tematiche di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, questa verrà trattata nella successiva specifica Sezione e relativa al Sistema di Gestione della Sicurezza sui luoghi di lavoro del

presente Modello Organizzativo. La medesima area si occupa inoltre di implementare e verificare l'applicazione dei protocolli di qualità nel rispetto dei principi ISO 9001, interfacciandosi anche con gli auditor esterni. Per quanto concerne la politica ambientale di **Acilia Medica** questa è adeguata alla natura ed alla dimensione aziendale, tenuto conto delle attività e dei servizi svolti. Alla luce di quanto esposto, la società si impegna costantemente a:

- verificare i metodi di lavoro e le procedure tecnico-operative per prevenire eventuali rischi ambientali;
- minimizzare ed eliminare, ove possibile, gli impatti ambientali generati dai propri Processi produttivi con particolare riferimento al consumo di energia e agli scarichi idrici;
- individuare e perseguire Obiettivi di innovazione e miglioramento continuo della qualità e delle prestazioni ambientali;
- sviluppare e mantenere un sistema affidabile e completo per la rilevazione dei dati necessari alla gestione del sistema ambientale e del relativo monitoraggio;
- promuovere l'identificazione, la selezione e la formazione dei collaboratori della Società che si occupino di ambiente, finalizzandola alla condivisione degli Obiettivi aziendali, favorendo ed al contempo definendo, così, la consapevolezza del ruolo di ciascuno all'interno dell'azienda e la responsabilizzazione individuale;
- perseguire e pianificare il raggiungimento degli Obiettivi qualitativi ambientali senza compromettere l'efficienza economica;
- elaborare ed applicare i piani strategici di sicurezza ambientale contenenti le misure e le procedure atte a prevenire e a contenere le conseguenze di situazioni incidentali o di emergenza;
- sensibilizzare i fornitori con comportamenti coerenti con la politica ambientale adottata da **Acilia Medica**;
- effettuare verifiche, ispezioni e audit, atti ad individuare ed a prevenire eventuali situazioni di difformità rispetto ai requisiti dei sistemi di gestione ambientale.

Le procedure adottate rappresentano la formalizzazione della politica ambientale che si concretizza nella definizione di Obiettivi e traguardi in linea con la Politica ambientale.

Gestione dei fornitori

Acilia Medica interviene nel processo di acquisto dei beni e servizi relativamente alla valutazione di impatto ambientale dei medesimi.

Appaltatori

L'esecuzione degli appalti all'interno della struttura, deve essere gestita dagli appaltatori, nel rispetto delle procedure. Tali imprese infatti, sono sottoposte a verifiche in merito alla gestione della materia ambientale,

qualora rilevante e connessa con le attività svolte, al fine di garantire l'applicazione delle misure di prevenzione e protezione necessarie a limitare i rischi ed a garantire un adeguato coordinamento con altre lavorazioni effettuate.

Manutenzione

Acilia Medica garantisce adeguati interventi di manutenzione programmata su impianti e macchinari, oltre a garantirne un costante monitoraggio ordinario e straordinario.

Rifiuti

I rifiuti generati dalle attività vengono raccolti in relazione alla classificazione dei medesimi (rifiuti assimilabili agli urbani, rifiuti di imballaggio, rifiuti speciali non pericolosi e rifiuti speciali pericolosi), ad essi è attribuito uno specifico codice C.E.R. (*Codice Europeo dei Rifiuti*), rispetto al quale sono identificati e stoccati e conferiti agli impianti di destino. Per la raccolta dei medesimi sono messi a disposizione appositi contenitori identificativi dei rifiuti da contenere. I rifiuti speciali non pericolosi vengono raccolti separatamente dagli addetti e vengono rilasciati al servizio pulizie per essere stoccati in idonei contenitori, nell'area ecologica. Successivamente, i rifiuti sono trasportati da ditte a tal fine autorizzate, presso appositi siti di smaltimento. I Processi di gestione e di trattamento delle diverse tipologie di rifiuti generati dal processo produttivo sono trascritti nell'apposito Registro di Carico e Scarico dei Rifiuti, il quale è aggiornato sotto la diretta responsabilità della Direzione Sanitaria. La verifica del possesso delle concessioni ed autorizzazioni da parte dei gestori ambientali (trasportatori, intermediari ed impianti di destino) è sotto il controllo della Direzione Sanitaria.

18.2 ATTIVITÀ SENSIBILI

Nell'ambito delle attività sono ritenute sensibili:

- scelta da parte degli operatori degli imballaggi da utilizzare per contenere i rifiuti
- attribuzione del codice C.E.R. e relativa classificazione dei rifiuti
- gestione delle spedizioni delle merci pericolose secondo il regolamento ADR
- gestione delle operazioni di separazione dei rifiuti
- gestione dei rifiuti
- gestione dei depositi temporanei
- stoccaggio dei rifiuti
- predisposizione ed uso dei certificati di analisi dei rifiuti
- manutenzione degli impianti di condizionamento/refrigerazione

- selezione intermediario preposto alla gestione dei rifiuti
- selezione dell'impresa che si occupa del trasporto dei rifiuti
- selezione dell'impresa che si occupa dello smaltimento dei rifiuti
- sorveglianza e supporto al personale operativo in merito al rispetto delle procedure che hanno impatto in materia ambientale
- gestione del registro di carico e scarico dei rifiuti
- ottenimento delle autorizzazioni in materia ambientale
- predisposizione dei documenti da inviare alla Pubblica Amministrazione
- comunicazioni e rapporti agli Enti Pubblici competenti.

18.3 REATI RILEVANTI

Nell'ambito della presente gestione si potrebbero configurare le seguenti fattispecie di Reati:

Inquinamento idrico

- a. scarico non autorizzato di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose e scarico diretto delle medesime sostanze (art. 137, D.Lgs 152/2006);
- b. violazione dei divieti di scarico a suolo, nelle acque sotterranee e nel sottosuolo (art. 137, D.Lgs 152/2006)

Rifiuti:

- a) attività di gestione dei rifiuti non autorizzata: raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, commercio ed intermediazione di rifiuti in mancanza della prescritta autorizzazione, iscrizione, o comunicazione; realizzazione o gestione di una discarica non autorizzata; miscelazione non consentita di rifiuti; deposito temporaneo presso luoghi di produzione di rifiuti sanitari pericolosi (art. 256, D.Lgs 152/2006);
- b) obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (art. 258, D.Lgs.152/2006);
- c) traffico illecito di rifiuti (art. 259, D.Lgs 152/2006);
- d) attività organizzate per il traffico illecito dei rifiuti (art. 260, D.Lgs 152/2006);
- e) divieto di miscelazione di rifiuti pericolosi (art. 187, D.Lgs. 152/2006);
- f) attività organizzate per il traffico illecito dei rifiuti (art. 260, D.Lgs 152/2006);
- g) indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti;

h) indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti.

Bonifica siti inquinati

a) inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali e delle acque sotterranee ed omissione della relativa comunicazione agli enti competenti (art. 257, D.Lgs 152/2006).

Delitti informatici e trattamento illecito di dati: accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615 ter c-p); detenzione, diffusione e installazione abusiva di apparecchiature, codici e altri mezzi atti all'accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615 quater c.p.); falsità in un documento informatico (art. 491-bis).

Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

18.4 SOGGETTI RILEVANTI

I Soggetti Rilevanti nell'ambito delle attività svolte dall'Organo Amministrativo sono i seguenti:

- Organo Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Responsabile della Qualità e Sicurezza (RSGQ)
- Personale

18.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO

I soggetti che partecipano alle attività svolte oltre ad essere tenuti al rispetto delle procedure adottate dalla Società devono adeguare il proprio comportamento ai seguenti protocolli di condotta nonché a quanto opportunamente indicato dal sistema di qualità ISO 9001.

L'Organo Amministrativo

Il Responsabile del Servizio di Gestione della Qualità e Sicurezza assicura che i requisiti di gestione ambientale siano stabiliti, applicati e mantenuti, in conformità alle norme di riferimento.

L'Organo Amministrativo gestisce operativamente il sistema ambientale (ad es. nella redazione o modifica delle procedure, nella redazione delle difformità, nell'aggiornamento dei dati ambientali - monitoraggio), anche in collaborazione con altri Responsabili di Funzione, ecc., collabora al monitoraggio delle misure delle prestazioni ambientali; si occupa della gestione amministrativa dei rifiuti: cura i rapporti diretti con gli intermediari, con i trasportatori, con gli smaltitori, compila i formulari di accompagnamento, il Registro Carico - Scarico, MUD, etc.; organizza il monitoraggio delle emissioni e dei reflui attraverso lo svolgimento di analisi e campionamenti.

Formazione, sensibilizzazione e qualificazione

Spetta ad ogni Responsabile di funzione segnalare le necessità formative del proprio personale e garantire un'adeguata conoscenza dei rischi e delle misure idonee a rendere consapevoli tutti i Destinatari:

- della politica e degli Obiettivi;
- delle implicazioni del proprio lavoro in termini ambientali;
- dei loro ruoli e responsabilità per conseguire la conformità alla politica;
- delle conseguenze derivanti dallo scostamento dalle procedure;
- delle modalità di gestione delle emergenze ambientali.

Comunicazione e consultazione

Le informazioni acquisite con la gestione di consultazioni e comunicazioni, analizzate in sede di riesame dell'Amministratore, sono prese in considerazione nella definizione degli Obiettivi e dei programmi. Nella stessa sede devono essere inoltre decise le iniziative di comunicazione più opportune per diffondere informazioni in materia ambientale.

Controllo della documentazione

Il controllo della documentazione del sistema ambientale viene effettuato nel rispetto delle indicazioni di cui alle procedure; in esse sono specificate di volta in volta le responsabilità per la preparazione, modifica, verifica ed approvazione dei documenti.

Valutazione del rispetto delle prescrizioni

Acilia Medica si impegna ad elaborare idonea documentazione che possa assicurare la tracciabilità dello svolgimento delle attività di valutazione delle eventuali difformità tra i risultati ottenuti e gli obiettivi programmati, nonché delle analisi dei risultati del monitoraggio, della performance relativi ai sistemi di controllo ambientale.

Non conformità ambientali, azioni correttive e preventive

Sono periodicamente individuate le modalità di identificazione, apertura e correzione delle difformità e la gestione delle azioni correttive e preventive.