

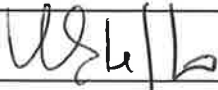
Poliambulatorio Cave S.r.l.

Modello Organizzativo D.LGS. 231/01

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

Versione del 12/02/2024

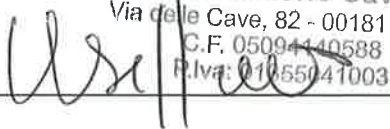
CONTROLLO DEL DOCUMENTO

Revisione	Data	Motivo della revisione	Visto preparazione	Visto approvazione
01	04.05.2012	Prima emissione		
02	01.10.2020	Nuova adozione		
03	07.11.2022	Aggiornamento		
04	12.02.2024	Aggiornamento		

Titolare del Documento

 <p>ARTEMISIA LAB RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI PANIGEA</p>	<p>Poliambulatorio Cave S.r.L.</p> <p>Sede Operativa: Via delle Cave, 82-88 00181 - Roma</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Timbro e Firma Rappresentante Legale
Poliambulatorio Cave Srl
Via delle Cave, 82 - 00181 Roma
C.F. 05094140588
P.Iva: 01055041003



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

Sommario

PREMESSA	9
D.Lgs 231/2001	9
1. INTRODUZIONE	12
1.1 GENERALITÀ	12
1.2 STRUTTURA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231	13
1.3 INTEGRABILITÀ CON GLI ALTRI SISTEMI DI GESTIONE	16
1.3.1 APPROCCIO PER PROCESSI	16
1.3.2 METODOLOGIA APPLICATA PER LA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231	16
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE/PRESENTAZIONE E POLITICA DELLA SOCIETÀ'	17
2.1 GENERALITÀ'	17
2.2 SCOPO	17
2.2.1. MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO	17
2.3 APPLICAZIONE	18
2.4 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETÀ'	18
2.5 GLI ORGANI SOCIALI DI POLIAMBULATORIO CAVE - PANIGEA	18
ORGANO AMMINISTRATIVO DIREZIONE SANITARIA DIRETTORE TECNICO	19
2.6 MODIFICHE ED INTEGRAZIONI DEL MODELLO	20
2.7 DESTINATARI DEL MODELLO	20
2.8 LA POLITICA	20
2.9 OBIETTIVI	21
3. RIFERIMENTI NORMATIVI	22
3.1 NORME E LINEE GUIDA	22
4. TERMINI E DEFINIZIONI	23
5. SISTEMA DI GESTIONE PER LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA (SGRA)	25
5.1 REQUISITI GENERALI	25
5.2 IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE	27
6. PIANIFICAZIONE DELLA IDENTIFICAZIONE DEI POSSIBILI REATI E D.LGS 231/01	27
6.1 GENERALITÀ'	27
6.2 DEFINIZIONE DI RISCHIO ACCETTABILE	29
6.3 IL LIVELLO DEI RISCHI E LA MATRICE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	30
6.3.1. STRUMENTO DI LAVORO	31
6.4 POSSIBILI REATI PREVISTI DAL D.LGS 231/01	31
6.5 ASPETTI GENERALI	31
6.6 LE PROCEDURE	32
6.7 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI	33
6.8 L'ADOZIONE DEL MODELLO	34
7. CONTROLLO DELLA VALIDITÀ DEL SISTEMA DI GESTIONE	34
7.1 DOCUMENTI RELATIVI AL PROGRAMMA DI AUDIT INTERNI	35

7.2 ATTUAZIONE E STANDARDIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE	35
8. RESPONSABILITA' DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO	36
8.1 IL SISTEMA DEI POTERI	36
8.2 IMPEGNO DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO	37
8.3 CODICE ETICO E POLITICA PER LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA.....	37
9. ORGANISMO DI VIGILANZA.....	38
9.1 RUOLO E COMPOSIZIONE	39
9.2 RISERVATEZZA	40
9.3 COMPITI E POTERI.....	40
9.4 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	41
9.5 FLUSSI INFORMATIVI. DISPOSIZIONI IN TEMA DI WHISTLEBLOWING	43
9.6 INIZIATIVA DI CONTROLLO	44
9.7 STRUMENTI DI CONTROLLO E AZIONE.....	45
9.8 LA RELAZIONE DELL'ODV	45
10. OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE DAL VERTICE AZIENDALE.....	45
10.1 AMBITO DI RIFERIMENTO.....	45
10.2 ATTIVITA' DI CONTROLLO	46
10.3 RIESAME DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO	46
11. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	47
11.1 SCOPO	47
11.2 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE	48
11.3 FORMAZIONE, INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE	48
12. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO	49
12.1 PREMessa.....	49
12.2 DIPENDENTI, COLLABORATORI, CONSULENTI	49
12.3 LE CONDOTTE RILEVANTI.....	51
12.4 LE SANZIONI	52
12.5 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO O DI VIGILANZA E DEI DIPENDENT	53
12.6 LE SANZIONI NEI CONFRONTI DEI TERZI DESTINATARI.....	54
12.7 IL PROCEDIMENTO DI IRROGAZIONE DELLE SANZIONI.....	54
PARTE SPECIALE	55
Introduzione	55
INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI REATI DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DELLA SOCIETA' POLIAMBULATORIO CAVE - PANIGEA	56
13. VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REATO DERIVANTI DALLE ATTIVITA' DI POLIAMBULATORIO CAVE - PANIGEA	58
13.1 METODOLOGIA DI PESATURA DEI RISCHI	59
13.2.: (IN PARTICOLARE) STANDARD DI CONTROLLO IN RELAZIONE AI REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	59

13.3. (IN PARTICOLARE) NOZIONE DI “PUBBLICA AMMINISTRAZIONE”, DI “PUBBLICO UFFICIALE”, DI “PERSONA INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO”	62
14. PARTE SPECIALE "A"	
14.1.AREE AZIENDALI A RISCHIO	
14.2 SEZIONE I AREA AMMINISTRAZIONE/ACCETTAZIONE.....	64
14.3 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	65
14.4 REATI RILEVANTI.....	67
14.5 SOGGETTI RILEVANTI	68
14.6 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	69
14.7 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	71
15 AREA ACQUISTI.....	71
15.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE	72
15.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	72
15.3 REATI RILEVANTI.....	72
15.4 SOGGETTI RILEVANTI	73
15.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	73
16 AREA GESTIONE DEL PERSONALE	74
16.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE	74
16.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	75
16.3 REATI RILEVANTI.....	76
16.4 SOGGETTI RILEVANTI	77
16.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	77
16.6 FLUSSI INFORMATIVI VERSO L'ODV	78
17 DIREZIONE SANITARIA.....	78
17.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE	79
17.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	79
17.3 REATI RILEVANTI.....	80
17.4 SOGGETTI RILEVANTI	81
17.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	81
18 AREA QUALITA' E SICUREZZA SUL LAVORO	82
18.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE	82
18.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	84
18.3 REATI RILEVANTI.....	85
18.4 SOGGETTI RILEVANTI	86
18.5 PROCEDURE SPECIFICHE DI COMPORTAMENTO	86
PARTE SPECIALE "B"	88
19 REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	88
19.1 FATTISPECIE DI REATO.....	88
19.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	89
19.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	90
20 REATI SOCIETARI.....	92

20.1 FATTISPECIE DI REATO	92
20.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	93
20.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	94
21 DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO	96
21.1 FATTISPECIE DI REATO	96
21.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	96
21.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	97
22 VIOLAZIONE DEI DIRITTI D'AUTORE	97
22.1 FATTISPECIE DI REATO	97
22.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	98
22.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	98
23 REATI IN RICETTAZIONE, RICICLAGGIO, IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA E AUTORICICLAGGIO	99
23.1 FATTISPECIE DI REATO	99
23.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	99
23.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	101
23.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	101
24 REATI INFORMATICI	101
24.1 FATTISPECIE DI REATO	102
24.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	102
24.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	103
25 DELITTI DI CRIMINALITÀ ORGANIZZATA	104
25.1 FATTISPECIE DI REATO	105
25.2 ATTIVITÀ SENSIBILI	105
25.3 REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO	105
26 I REATI IN TEMA DI SALUTE E DI SICUREZZA SUL LAVORO	106
26.1 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO NELLE AREE DI ATTIVITÀ A RISCHIO	107
26.2 AREE RISCHIO	A 108
26.3 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELL'ODV	114
27 PRATICHE DI MUTILAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI	115
27.1 I REATI APPLICABILI	115
27.2 AREE A RISCHIO E PRINCIPALI FUNZIONI COINVOLTE	116
27.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO	116
27.4 PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE	117

28 DELITTI CON FINALITA' DI TERRORISMO O DI EVERSIONE DELL'ORDINE DEMOCRATICO	117
28.1 FATTISPECIE REATO.....	DI 117
28.2 LE AREE A RISCHIO E I RELATIVI CONTROLLI.....	118
28.3 PRINCIPI DI CONTROLLO SPECIFICI	120
28.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	121
28.5 REATI C.D. TRANSNAZIONALI.....	121
28.6 LE ATTIVITÀ SENSIBILI AI FINI DEL D.LGS. 231/2001 E RELATIVI CONTROLLI	122
29 IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO E' IRREGOLARE.....	122
29.1 LE FATTISPECIE DI REATO RICHIAMATE DAL D.LGS. 231/2001	123
29.2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI AI FINI DEL D.LGS. 231/2001.....	123
30 RAZZISMO E XENOFOBIA	123
30.1 LE ATTIVITÀ SENSIBILI CON RIFERIMENTO ALLE FATTISPECIE DI REATO INDIVIDUATE. IL SISTEMA DI CONTROLLO	124
31. REATI DI FALSITÀ IN MONETA, IN CARTE PUBBLICHE DI CREDITO, IN VALORI DI BOLLO E IN STRUMENTI O SEGNI DI RICONOSCIMENTO	124
31.1 FATTISPECIE REATO.....	DI 125
31.2 AREE A RISCHIO	A 125
31.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO NELLE AREE DI ATTIVITÀ A RISCHIO	127
31.4 ISTRUZIONI E VERIFICHE DELL'ODV	128
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)	128
33.1 AREE A RISCHIO E PRINCIPALI FUNZIONI COINVOLTE	132
33.2 PRINCIPI DI ATTUAZIONE DEI PROCESSI DECISIONALI.....	133
34 REATI IN MATERIA DI MEZZI DI PAGAMENTO DIVERSI DAI CONTANTI	135
34.1 FATTISPECIE DI REATO	136
34.2 ATTIVITÀ SENSIBILI.....	136
34.3 AREE A RISCHIO	137
35 REATI AMBIENTALI.....	138
35.1 FUNZIONE E DESTINATARI	138

35.2 AREE A RISCHIO	139
35.3 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO	140
36 MISURAZIONE E ANALISI DI MIGLIORAMENTO	141
36.1 PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE	141
36.2 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI.....	141
36.3 L'ANALISI	DEI
DATI	142
36.4	MIGLIORAMENTO
CONTINUO	142

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 fraudolente, 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. n. 231/2001).

1.INTRODUZIONE

1.1 GENERALITÀ

In tale ottica la società **Poliambulatorio Cave S.r.l.** (ora in avanti indicata anche come Poliambulatorio Cave - Panigea) 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 n. 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 n. 231/2001.

Si rileva comunque che i modelli organizzativi previsti dal Decreto legislativo n. 231/2001 non costituiscono un "*quid novi*", 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 n. 231/2001.

1.2 STRUTTURA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231

Il Modello Organizzativo 231 della società **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 n. 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 **Poliambulatorio Cave - Panigea** 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

Poliambulatorio Cave - Panigea 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
MIGLIORAMEMTO	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. n. 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 n. 231/2001.

2.4 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETA'

Il Poliambulatorio Cave - Panigea è entrato a far parte della Rete dei Centri Diagnostici Artemisia Lab nel 2019.

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 Decreto del Commissario ad Acta n. U00467 del 27 dicembre 2012 il Poliambulatorio Cave - Panigea è stato autorizzato per le seguenti attività:

- Angiologia;
- Gastroenterologia;
- Endocrinologia;
- Urologia;
- Neurologia;
- Geriatria;
- Ortopedia;
- Otorinolaringoiatria;
- Oculistica;
- Dermatologia;
- Ginecologia;
- Cardiologia;

- Laboratorio Analisi generale di base con sezione specializzata aggregata di microbiologia;
- Riabilitazione neuromotoria, Elettroterapia, Marconiterapia; Radarterapia; Ultrasuonoterapia; Infrarossi; Massoterapia; Aereosolterapia; Idromassaggio per arti, Trazioni; Chinesiterapia; Laserterapia; manipolazioni;
- Diagnostica per Immagini;
- Risonanza Magnetica;

nonché è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale definitivo per le seguenti attività:

- Cardiologia;
- Riabilitazione neuromotoria, Elettroterapia, Marconiterapia; Radarterapia; Ultrasuonoterapia; Infrarossi; Massoterapia; Aereosolterapia; Idromassaggio per arti, Trazioni; Chinesiterapia; Laserterapia; manipolazioni;
- Diagnostica per Immagini;
- Risonanza Magnetica;
- Fisiochinesiterapia

Con successivo Decreto del Commissario ad Acta n. U00454 del 01 ottobre 2015 sono state autorizzate le seguenti attività:

- Allergologia;
- Pediatria;
- Broncopneumologia;
- Medicina Interna;
- Reumatologia.

2.5 GLI ORGANI SOCIALI DI POLIAMBULATORIO CAVE - PANIGEA

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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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. n. 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 professionista 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. È 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 **Poliambulatorio Cave** 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

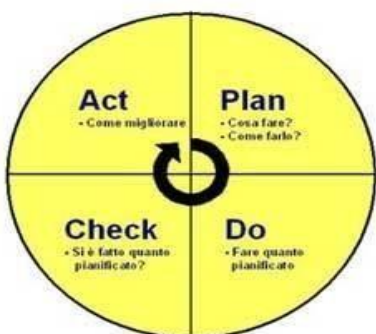
Decreto Legislativo 231/2001	Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"
Organo Amministrativo	Organo Amministrativo
Modello Organizzativo(MO)	Insieme delle 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	Poliambulatorio Cave S.r.l.
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 n. 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 n. 231/2001.

Nel diagramma di flusso che segue sono rappresentate le attività della valutazione dei rischi adottate dalla società **Poliambulatorio Cave - Panigea**. 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.



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. n. 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 n. 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 n. 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 n. 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. n. 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 N. 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 **Poliambulatorio Cave** 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. n. 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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. n. 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 **Poliambulatorio Cave** 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, **Poliambulatorio Cave - Panigea** 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 VALIDITA' 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 della 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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;

È 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 n. 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 n. 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 realizzate 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 n. 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 all'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 n. 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. n. 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 odv.poliambulatoriocave@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. n. 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 **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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; è gestita da un'apposita procedura, inserita all'interno del sistema qualità.

Tutte le informazioni sensibili sono gestite da **Poliambulatorio Cave – Panigea** 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 n. 231/2001 nel ricondurre l'esonero da responsabilità dell'ente all'adozione e alla efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati da tale normativa – ha previsto l'introduzione di “un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello”.

Emerge, quindi, la rilevanza del sistema disciplinare quale fattore essenziale del Modello Organizzativo 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 **Poliambulatorio Cave - Panigea**, 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 l'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 obiecti 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 **Poliambulatorio Cave - Panigea** deve prestare attenzione, ovvero l'identificazione di quei reati (fra quelli