



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

PARTE GENERALE

1. Definizioni	4
2. La normativa del D.Lgs.231/2001	4
2.1. Le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/2001	6
2.2. Il meccanismo di esonero della Società dalle responsabilità	7
2.3. Il sistema sanzionatorio.....	9
2.4. Attivazione della procedura di risarcimento volontario	11
3. Presentazione di Clinica Guarnieri S.p.A.	11
3.1. Il Sistema di Controllo Interno (S.C.I.).....	16
3.2. Governance Societaria	16
3.3. Gestione per processi – le procedure aziendali.....	16
3.4. Sistema di deleghe e procure	16
3.5. Il sistema documentale per la <i>compliance</i> sul sistema di accreditamento istituzionale ex DCA 469/2017	21
3.6. Il Clinical Risk Management.....	22
3.7. Il modello organizzativo per la <i>compliance</i> al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR).....	23
4. La costruzione, implementazione e vigilanza del Modello Organizzativo	23
4.1. Analisi dei rischi di reati ex D.Lgs. 231/2001	26
4.2. Responsabilità della struttura sanitaria	26
4.3. Aree nel cui ambito possono essere commessi reati.....	27
5. Mappatura e valutazione dei rischi di reati ex D.Lgs.231/2001	28
5.1 Individuazione delle aree a rischio	28
5.2 La definizione di "rischio accettabile"	29
5.3 Il livello dei rischi e la matrice di valutazione del rischio	30
5.4 Scheda di analisi e valutazione dei processi.....	31
6. Adozione, aggiornamento e attuazione del Modello Organizzativo	33
7. L’Organismo di Vigilanza	33
7.1. Nomina dell’Organismo di Vigilanza.....	33
7.2. Requisiti dell’Organismo di Vigilanza	34
7.3. Obblighi dell’organo Amministrativo della Società nei confronti dell’Organismo di Vigilanza.....	35
7.4. Obblighi, funzioni, attività e compiti dell’Organismo di Vigilanza.....	36
7.5. Cause di decadenza e revoca dell’OdV	38
7.6. Rinuncia e sostituzione	39
7.7. Conflitto di interesse e concorrenza	39
7.8. Flussi informativi “da” e “verso” l’Organismo di Vigilanza	40
7.9. Segnalazioni	41
8. Whistleblowing.....	42
9. Sistema disciplinare e sanzionatorio.....	48
9.1. Funzioni del Sistema Disciplinare.....	48
9.2. Illeciti disciplinari e criteri sanzionatori	49
9.3. Ambito di applicazione.....	49
9.4. Sanzioni nei confronti dei Dipendenti	50
9.5. Garanzie di tutela dei diritti dei Dipendenti.....	53

9.6. Sanzioni nei confronti di membri dei soggetti apicali e dei componenti del Collegio Sindacale.....	53
9.7. Misure nei confronti di Consulenti e Partner.....	55
10. La formazione delle risorse e la diffusione del modello.....	56
10.1. Informazione e formazione	56
10.2. Formazione e informazione dei Dipendenti e dei Medici	57
10.3. Informazione a Consulenti e Partner	57
11. Verifiche sull'adeguatezza del Modello.....	58

1. Definizioni

- **“Clinica Guarnieri”** o la **“Società”** o **“Ente”**: Clinica Guarnieri S.p.A., con sede in Roma, Via C. Ferrero di Cambiano n. 29;
- **“Codice Etico”**: il codice etico comportamentale adottato da Clinica Guarnieri;
- **“Consulenti”**: coloro che agiscono in nome e/o per conto della Società sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale sia per l'erogazione di servizi sanitari che per le attività di supporto;
- **“D.Lgs. 231/2001”** o **“Decreto”**: il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 e successive modifiche;
- **“Dipendenti”**: tutti i dipendenti della Società, ivi inclusi i dirigenti e le posizioni apicali;
- **“Linee Guida”**: le linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 approvate da Confindustria e da AIOP;
- **“Medici”**: tutti i medici che operano all'interno di Clinica Guarnieri;
- **“Modello Organizzativo”** o **“Modello”**: il modello di organizzazione, gestione e controllo previsto dal D.Lgs. 231/2001;
- **“Operazione Sensibile”**: operazione o atto che si colloca nell'ambito dei Processi Sensibili nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati;
- **“Organismo di Vigilanza”** o **“OdV”**: organismo interno preposto alla vigilanza sul funzionamento, sull'attuazione e sull'osservanza del Modello;
- **“Organo Amministrativo”**: l'Amministratore Unico o il Consiglio di Amministrazione della Società;
- **“P.A.”**: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari ed i soggetti incaricati di pubblico servizio;
- **“Partner”**: controparti contrattuali della Società, quali ad esempio le società di servizio, agenti, partner, sia persone fisiche sia persone giuridiche, con cui la società addivenga ad una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata (collaborazione anche occasionale, società, associazione temporanea d'impresa, joint venture, consorzi, ecc.), ove destinati a cooperare con l'azienda nell'ambito dei Processi Sensibili;
- **“Processi Sensibili”**: attività aziendali nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati;
- **“Reati”**: i reati ai quali si applica la disciplina prevista dal D.Lgs. 231/2001.

2. La normativa del D.Lgs.231/2001

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

convenzioni internazionali cui l'Italia ha già da tempo aderito.

Il D.Lgs. 231/2001, recante la 'Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica' ha introdotto per la prima volta in Italia la responsabilità degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi, da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso e, infine, da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati. Tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto.

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

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

Il Modello è stato aggiornato alle più recenti modifiche legislative tra le quali, da ultimo:

- D.Lgs. 2 marzo 2023, n. 19, recante *“Attuazione della direttiva (UE) 2019/2121 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 novembre 2019, che modifica la direttiva (UE) 2017/1132 per quanto riguarda le trasformazioni, le fusioni e le scissioni transfrontaliere”*. La novella impatta anche sul sistema 231, introducendo un nuovo illecito nel novero dei *“Reati societari”* ai sensi dell'art. 25-ter del D.Lgs. 231/01;
- Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, cd. decreto Whistleblowing;
- Decreto del Ministero dell'Ambiente del 4 aprile 2023, n. 59 *«Disciplina del sistema di tracciabilità dei rifiuti e del registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti ai sensi dell'articolo 188 -bis del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152»*;
- Legge 5 maggio 2023, n. 50, che ha convertito il cd. Decreto Cutro recante disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare, con modifiche all'art. 25-duodecies D.Lgs. 231/01;
- Legge 14 luglio 2023, n. 93, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 171 del 24 luglio 2023 e recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della diffusione illecita di contenuti tutelati dal diritto d'autore mediante le reti di comunicazione elettronica”*. Il provvedimento

mira a contrastare il fenomeno della pirateria online, rafforzando la tutela della proprietà intellettuale e del diritto d'autore e ampliando, di fatto, il catalogo dei reati presupposto della responsabilità amministrativa degli Enti ex D.Lgs. 231/2001v nell'art. 25-novies del D.Lgs. 231/2001 *"Delitti in materia di violazione del diritto d'autore"*;

- Legge 9 ottobre 2023, n. 137, conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 10 agosto 2023, n. 105 (c.d. Decreto Giustizia) recante disposizioni urgenti in materia di processo penale che ha previsto che ha portato l'ampliamento del catalogo dei reati presupposto della responsabilità degli enti ai sensi del D.Lgs. 231/2001. In particolare, sono stati inseriti i delitti di turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.), turbata libertà del procedimento di scelta del contraente (art. 353-bis c.p.) e trasferimento fraudolento di valori (art. 512-bis c.p.), i quali, se realizzati nell'interesse o a vantaggio dell'ente, possono comportarne la responsabilità amministrativa da reato.

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

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

1. **Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico** (art. 24 D.Lgs. 231/2001);
2. **Delitti informatici e trattamento illecito dei dati** (art. 24-bis D.Lgs. 231/2001);
3. **Delitti di criminalità organizzata** (art. 24-ter D.Lgs. 231/2001);
4. **Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione** (art. 25 D.Lgs. 231/2001);
5. **Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento** (all'art. 25-bis D.Lgs. 231/2001);
6. **Delitti contro l'industria e il commercio** (art. 25-bis.1 D.Lgs. 231/2001);
7. **Reati societari** (art. 25-ter D.Lgs. 231/2001);
8. **Delitti con finalità di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico** ivi incluso il finanziamento ai suddetti fini, indicati (all'art. 25-quater D.Lgs. 231/2001);
9. **Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili** (art. 25-quater.1. D.Lgs. 231/2001);
10. **Delitti contro la personalità individuale** quali lo sfruttamento della prostituzione, la pornografia minorile, la tratta di persone e la riduzione e mantenimento in schiavitù (art. 25-quinquies D.Lgs. 231/2001);
11. **Abusi di mercato** (art 25-sexies D.Lgs. 231/2001);
12. **Reati transnazionali**: l'associazione per delinquere, di natura semplice e di tipo mafioso, l'associazione finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri o al traffico illecito di

- sostanze stupefacenti o psicotrope, il riciclaggio, l'impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita, il traffico di migranti ed alcuni reati di intralcio alla giustizia se rivestono carattere di transnazionalità;
13. **Omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro** (art. 25-septies D.Lgs. 231/2001);
 14. **Reati di ricettazione, riciclaggio, autoriciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita** previsti dagli articoli 648, 648-bis, 648 ter e 648 ter 1 del codice penale (art. 25-octies D.Lgs. 231/2001);
 15. **Delitti derivanti dall'utilizzo di strumenti di pagamento diversi dai contanti** (art. 25-octies 1 D.Lgs. 231/2001);
 16. **Delitti in materia di violazioni del diritto d'autore** (art. 25-nonies D.Lgs. 231/2001);
 17. **Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria** (art. 25-decies D.Lgs. 231/2001);
 18. **Reati ambientali** (art. 25-undecies D.Lgs. 231/2001);
 19. **Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare** (art. 25-duodecies D.Lgs. 231/2001);
 20. **Reati di Razzismo e Xenofobia**, introdotti per effetto dell'art. 5 della Legge Europea n.167 del 2017 (art. 25-terdecies D.Lgs. 231/2001);
 21. **Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati** introdotto dalla legge n.39/2019 (art. 25-quaterdecies D.Lgs. 231/2001);
 22. **Reati Tributari** previsti dall'art. 39 del D.L. n. 124/2019 (art. 25-quinquiesdecies D.Lgs. 231/2001);
 23. **Contrabbando** previsto dal D.Lgs. n.75/2020 (art.25 sexiedecies D.Lgs. 231/2001).
 24. **Delitti contro il patrimonio culturale** (art. 25 septiesdecies D.Lgs. 231/2001)
 25. **Riciclaggio di beni culturali e devastazione e saccheggio di beni culturali e paesaggistici** (art.25-duodevicies D.Lgs.231/2001).

2.2. Il meccanismo di esonero della Società dalle responsabilità

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

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

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

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

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

L'art. 6, co. 3, D.Lgs. 231/2001, inoltre, statuisce che *"I modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati, garantendo le esigenze di cui al comma 2, sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati"*.

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

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

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

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

- a. verificabilità, documentabilità, coerenza e congruenza di ogni operazione;

- b. separazione delle funzioni (nessuno può gestire in autonomia un intero processo);
- c. documentazione dei controlli;
- d. previsione di un adeguato sistema sanzionatorio per la violazione delle norme del Codice Etico e delle procedure previste dal modello;
- e. individuazione dei requisiti dell'Organismo di Vigilanza, riassumibili in:
 - autonomia e indipendenza;
 - professionalità;
 - continuità di azione;
- f. previsione di modalità di gestione delle risorse finanziarie;
- g. obblighi di informazione dell'organismo di controllo.

2.3. Il sistema sanzionatorio

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

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

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

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

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

A. Le sanzioni pecuniarie

Gli artt. 10, 11 e 12 del Decreto disciplinano le modalità di irrogazione delle sanzioni pecuniarie. Esse sono applicate per "quote", da 100 a mille, mentre l'importo di ciascuna quota va da € 258,23 a €

1.549,37. Il Giudice determina il numero di quote tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità della struttura nonché dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del reato e prevenire il ripetersi di fatti del medesimo genere; l'importo della quota è fissato sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali della struttura coinvolta.

B. Le sanzioni interdittive

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

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

Anche in questo caso, il tipo e la durata delle sanzioni interdittive sono determinati dal Giudice penale che conosce del processo per i reati commessi dalle persone fisiche; le sanzioni interdittive hanno una durata minima di tre mesi e non possono superare i due anni (fa eccezione l'art. 25, co. 5 d.lgs. 231/01).

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

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

C. La confisca

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

D. La pubblicazione della sentenza

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

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

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

2.4. Attivazione della procedura di risarcimento volontario

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

3. Presentazione di Clinica Guarnieri S.p.A.

Clinica Guarnieri S.p.A., soggetta a direzione e coordinamento della società CAT HOLDING S.p.A., è una casa di cura polispecialistica che, coerentemente con le norme nazionali e regionali e gli indirizzi della Regione Lazio, eroga prestazioni sanitarie per acuti in regime di ricovero ordinario e *day hospital*.

La Struttura svolge attività di ricovero in acuzie, attività ambulatoriale e dispone di competenze professionali di altissimo livello nelle aree medica e chirurgica che operano costantemente a garanzia della salute e del soddisfacimento dei bisogni clinico assistenziali dei pazienti, anche in regime di accreditamento con il S.S.R. Lazio (D.G.R. n. 449 del 23.07.2021).

In particolare, per quanto riguarda l'attività di ricovero, la Società dispone di n. 141 posti letto (di cui n. 125 posti letto accreditati), così composti:

- n. 37 posti letto ordinari e n. 3 posti letto diurni (tutti accreditati) presso il reparto di Medicina Generale;
- n. 24 posti letto ordinari (di cui n. 18 accreditati) e n. 4 posti letto diurni (di cui n. 2 accreditati) presso il reparto di Chirurgia Generale;
- n. 65 posti letto ordinari (di cui n. 59 accreditati) e n. 8 posti letto diurni (di cui n. 6 accreditati) presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, la Società dispone di n. 24 posti letto (tutti accreditati) presso il Presidio Dialisi (di cui n. 2 posti per pazienti HBsAg+, HCV, HIV positivi).

La Società è autorizzata allo svolgimento delle seguenti attività:

- laboratorio analisi (anche in regime di accreditamento)
- angiologia
- chirurgia generale (anche in regime di accreditamento)
- cardiologia (anche in regime di accreditamento)
- malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
- nefrologia
- neurologia
- ortopedia e traumatologia (anche in regime di accreditamento)
- ginecologia (anche in regime di accreditamento)
- urologia (anche in regime di accreditamento)
- dermatologia
- recupero e riabilitazione funzionale (anche in regime di accreditamento)
- diagnostica per immagini – medicina nucleare (anche in regime di accreditamento)
- pneumologia
- diagnostica per immagini - radiologia diagnostica (anche in regime di accreditamento)

La Società ha la propria sede legale ed operativa in Roma, Via Tor de Schiavi n. 139 ed ha inoltre una unità operativa in Via Domenico Panaroli n. 52, costituita da un Poliambulatorio adiacente alla struttura principale, ove si svolgono visite mediche in regime privato in forza di autorizzazione rilasciata dalla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, con Determinazione n. G16515 del 30.11.2017.

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

- efficacia e sicurezza delle cure;
- umanizzazione dell'assistenza;

- innovazione scientifica;
- formazione continua ed aggiornamento professionale dei propri operatori.

La struttura organizzativa è articolata secondo due linee funzionali: quella di assistenza sanitaria e quella tecnico amministrativa.

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

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

Il sistema di governo societario può considerarsi idoneo ad assicurare livelli sempre maggiori di trasparenza ed efficienza anche attraverso la separazione tra programmazione strategica e controllo, da un lato, e gestione diretta dall'altro. Tali finalità sono perseguite attraverso la costituzione dei seguenti livelli di autorità, meglio esplicitati nel paragrafo 3.1 del presente Modello:

- l'Assemblea dei soci;
- l'Organo Amministrativo;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario.

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

- Collegio Sindacale;
- Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/01.

Di seguito viene riportato l'organigramma della struttura.



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

3.1. Il Sistema di Controllo Interno (S.C.I.)

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

- attribuzione di poteri di rappresentanza nei limiti in cui è strettamente necessario e comunque in limiti coerenti e compatibili con le mansioni svolte dal soggetto cui sono attribuiti;
- poteri di spesa attribuiti con soglie di spesa e/o con firma congiunta;
- chiara e precisa determinazione delle mansioni, delle responsabilità ad esse connesse, delle linee gerarchiche;
- esistenza della contrapposizione di funzioni;
- corrispondenza tra attività effettivamente svolte e quanto previsto dalla mission della società.

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

3.2. Governance Societaria

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

La gestione ordinaria della società è affidata al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, rispettivamente per gli aspetti amministrativi e clinico-sanitari con facoltà di compiere gli atti previsti nelle procedure organizzative esclusi quelli che la legge o lo statuto riserva tassativamente alla competenza all'Organo Amministrativo e all'Assemblea dei soci.

La gestione straordinaria della Società è affidata, in via esclusiva, all'Organo Amministrativo.

3.3. Gestione per processi – le procedure aziendali

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

- in base alla collocazione gerarchica al vertice della Società o al primo livello di riporto dell'Organo Amministrativo;
- attraverso l'assegnazione di poteri di spesa che consentono di svolgere talune attività, anche verso l'esterno, con un predeterminato margine di autonomia.

La struttura organizzativa della Società è formalizzata e rappresentata graficamente

nell'organigramma il quale definisce con chiarezza le linee di dipendenza gerarchica ed i legami funzionali tra le diverse posizioni di cui si compone la struttura stessa. L'esatta individuazione dei compiti di ciascun soggetto e la loro assegnazione in modo chiaro e trasparente consente inoltre il rispetto del principio di separazione dei ruoli, fondamentale al fine di arginare potenziali reati passibili di sanzione ex D.Lgs. 231/2001.

La Clinica Guarnieri si è dotata di procedure e istruzioni operative come strumento per fissare e divulgare i propri processi organizzativi e di cui tutti possono e debbono fruire. In questo modo, s'intende assicurare una gestione che sia il più possibile coerente con gli obiettivi strategici fissati dal vertice aziendale, efficiente ed efficace rispetto alla *compliance* normativa sia nell'erogazione dei processi sanitari che in quelli tecnico amministrativi di supporto.

Le procedure aziendali definiscono le linee guida generali che rispecchiano l'orientamento e la filosofia cui s'ispira la gestione aziendale e descrivono le modalità di esecuzione delle attività, siano esse di carattere tecnico-amministrativo che sanitario, identificando funzioni e responsabilità. Le procedure sono soggette a periodiche modifiche e costante aggiornamento, in seguito al verificarsi di cambiamenti che possono riguardare fattori sia interni sia esterni all'azienda.

Le modalità di elaborazione, validazione approvazione della documentazione aziendale sono regolate dalla **PS01 "Gestione della documentazione e controllo delle registrazioni"** e varia a seconda della tipologia di documento.

Le procedure, i protocolli, le istruzioni operative e tutti i documenti sono implementati, aggiornati, controllati e archiviati, nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità della struttura.

L'albero della documentazione del SGQ è stato così organizzato:

- Manuale della qualità: documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione;
- SIPOC: documento organizzativo che definisce, in maniera sintetica, le caratteristiche di un processo/servizio ai fini della definizione dei requisiti e della gestione per il controllo ed il monitoraggio;
- Procedure: modo specificato per svolgere un'attività o un processo;
- Protocolli / Istruzioni: documenti a supporto delle procedure o delle schede processo che descrivono in modo dettagliato le modalità con cui vanno condotte specifiche attività;
- Politica e Piani della qualità: documento che, per uno specifico progetto, prodotto, processo o contratto, specifica quali procedure, e le risorse associate, devono essere utilizzate e da chi e quando;

- Linee guida: documenti che forniscono informazioni o consigli.

Per il mantenimento, l'aggiornamento, il miglioramento del Sistema si eseguono le seguenti attività:

- annualmente un ciclo di audit, verifiche interne, tutti verbalizzati, tutti programmati e verificati nella riunione di riesame;
- annualmente si svolge la riunione di Riesame delle Direzioni, riunione fiume in quanto si riesamina tutto il sistema, processi, indicatori, valori rilevati, non conformità, loro trattamento, azioni correttive e di miglioramento. Il verbale costa di molte pagine che riportano una serie di elementi in entrata (input) e una serie di elementi in uscita (output) che definiscono anche le azioni da riesame per l'anno successivo. Alla riunione di riesame partecipano i Responsabili di Circolo che espongono le loro attività e discutono con le Direzioni le criticità e le relative azioni di miglioramento. Il tutto definito da un calendario preorganizzato.
- annualmente viene rivisto il documento di Politica per la qualità: il Direttore Amministrativo rivisita il documento dell'anno precedente, chiedendo di inserire le modifiche al contesto e le eventuali modifiche alla *mission* se le ritiene necessarie.
- gli obiettivi e i relativi valori target vengono rivisti ogni anno e danno luogo ai Piani della Qualità, documenti che riportano l'obiettivo, i nominativi dei responsabili della raccolta dati, le tempistiche e le modalità di raccolta.

La diffusione delle procedure aziendali avviene tramite messaggio di posta elettronica a tutti gli utenti e quindi a tutti i livelli aziendali, assicurando una diffusione capillare di tutte le procedure adottate.

Tutti i documenti sono comunque archiviati all'interno di un server aziendale condiviso.

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

Le procedure e le istruzioni operative mirano da un lato a regolare l'agire declinato nelle sue varie attività operative, dall'altro a consentire i controlli, preventivi e successivi, della correttezza delle operazioni effettuate. In tale modo si garantisce l'effettiva uniformità di comportamento all'interno dell'azienda, nel rispetto delle disposizioni normative che regolano l'attività della società. Ne consegue che tutti i dipendenti hanno l'obbligo di essere a conoscenza di tali prassi e norme procedurali interne e di rispettarle nell'esercizio dei compiti a loro assegnati.

Inoltre, le procedure adottate dalla Società si conformano ai seguenti principi di controllo:

- a. ricostruibilità del processo autorizzativo (accountability): principio in base al quale ogni procedura fa riferimento ad una persona o unità organizzativa che ne detiene la responsabilità;
- b. attuazione del principio della separazione dei compiti (nessuno può gestire per intero una transazione completa): principio per il quale l'autorizzazione ad effettuare una operazione deve essere sotto responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione;
- c. adeguata autorizzazione per tutte le operazioni: principio che può avere sia carattere generale (riferito ad un complesso omogeneo di attività aziendali), sia specifico (riferito a singole operazioni);
- d. adeguata e tempestiva documentazione e registrazione di operazioni, transazioni e azioni mediante l'utilizzo di un sistema informativo efficace ed efficiente, che consente la tracciabilità delle operazioni: principio importante per poter procedere in ogni momento ad effettuare controlli che attestino le caratteristiche dell'operazione, le motivazioni e individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa;
- e. verifiche indipendenti sulle operazioni effettuate. Gli audit sono svolti sia da persone dell'organizzazione ma estranei al processo, sia da persone esterne all'organizzazione quali ad esempio sindaci, enti terzi di certificazione esterna.
- f. integrità delle registrazioni contabili sia nella fase di processamento che, successiva di archiviazione;
- g. scelta trasparente, motivata e autorizzata dei dipendenti e dei collaboratori non dipendenti (fornitori, consulenti, etc.) basata su requisiti generali oggettivi e verificabili (competenza, professionalità, esperienza, onorabilità);
- h. compensi a dipendenti e a terzi congrui rispetto alle prestazioni rese (condizioni di mercato, tariffari) ed evidenza oggettiva della prestazione resa;
- i. impiego e utilizzo di risorse finanziarie previsto entro limiti quantitativamente e qualitativamente determinati;
- j. tutte le uscite finanziarie devono essere documentate, autorizzate e inequivocabilmente riferibili ai soggetti emittente e ricevente e alla specifica motivazione.

Il controllo operativo (vale a dire sulle attività e sui processi dell'azienda) e contabile (vale a dire sulla registrazione degli accadimenti aziendali) può essere eseguito preventivamente o a posteriori.

Ai fini del Decreto è di fondamentale importanza che:

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

anomalie, attraverso un sistematico monitoraggio dell'attività aziendale.

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

1. **Organi di Governance:** si segnalano, primi fra tutti, gli organismi di controllo previsti dal vigente Statuto e dal modello gestionale e aziendale.
2. **Controlli di primo livello:** ovvero controlli tecnici ed operativi sul corretto e regolare andamento delle attività, svolti dalle persone o dalle strutture che hanno la responsabilità dell'attività e che possono anche esser incorporati nelle procedure. Attengono a questo primo livello:
 - a. i controlli generati dai sistemi informativi, adottati in azienda, inseriti nell'ambito di sistemi procedurali automatici che consentono la verifica immediata delle elaborazioni e dei dati da parte di chi sta effettuando le operazioni mediante segnalazione di anomalie ed errori, blocco del flusso procedurale;
 - b. i controlli diretti da parte del responsabile del CED, che ha tra i suoi compiti la supervisione delle attività in carico e la loro conduzione in linea con le finalità aziendali.
3. **Controlli di secondo livello:** sono verifiche effettuate da unità diverse da quelle operative sul regolare espletamento delle attività e sul corretto rispetto delle procedure ed utilizzo delle deleghe. Tali controlli sono spesso disciplinati dalle procedure e norme interne e si effettuano anche con sistemi informativi automatizzati. Sono controlli che rispondono al principio di separazione dei compiti.
4. **Controlli di terzo livello:** sono volti ad individuare andamenti anomali, violazione delle procedure e della regolamentazione e a valutare la funzionalità nel complessivo sistema dei controlli interni. Pur essendo controlli interni sono svolti da entità indipendenti (ovvero dal Collegio Sindacale e dall'Organismo di Vigilanza).

3.4. Sistema di deleghe e procure

La Società adotta un sistema di deleghe e procure, che viene formalizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili e, comunque, nel modo seguente:

- devono essere indicati con chiarezza i soggetti delegati, le competenze richieste ai destinatari della delega e i poteri rispettivamente assegnati;
- devono essere previste limitazioni delle deleghe e dei poteri di spesa se conferiti;
- devono essere contemplate soluzioni dirette a consentire un controllo sull'esercizio dei poteri delegati;
- la delega deve essere formata rispettando il principio di segregazione delle funzioni e dei ruoli;

- deve essere coerente con i regolamenti aziendali e con le altre disposizioni interne applicati dalla struttura.

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

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

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

La struttura organizzativa di Clinica Guarnieri è rappresentata graficamente nell'organigramma il quale definisce con chiarezza le linee di dipendenza gerarchica ed i legami funzionali tra le diverse posizioni di cui si compone la struttura stessa.

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

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

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

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

Il processo di riesame del modello organizzativo è stato preceduto da percorsi formativi finalizzati a trasferire gli obiettivi e i requisiti richiesti dalla nuova normativa sul sistema di accreditamento istituzionale che hanno coinvolto l'Organo Amministrativo, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa.

3.6. Il Clinical Risk Management

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

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

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

L'Ente, alla data di revisione del presente Modello ha nominato il Risk Manager ed ha costituito, altresì, l'Unità di Gestione del Rischio Clinico.

L'Ente, inoltre, emette annualmente un proprio PARS (Piano Annuale per il rischio Sanitario) nel rispetto del documento di indirizzo emanato dalla Regione Lazio il 25 gennaio 2022 e rubricato "DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)" e delle successive norme emanate dalla Regione Lazio, che rappresentano gli impegni e gli obiettivi sulla prevenzione dei rischi correlati ai processi clinico assistenziali.

Il Clinical Risk Manager, operando in costante contatto con i reparti e i servizi aziendali, è responsabile della corretta ed efficace attuazione del PARS e delle attività di prevenzione dei rischi

correlati all'assistenza e risponde all'Organo Amministrativo in merito ad eventuali non conformità risultati dal processo di gestione del rischio associato alla pratica clinica.

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

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

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

Gli illeciti legati a violazioni dei dati personali non rientrano esplicitamente nel novero dei reati per i quali si possa configurare la responsabilità dell'ente, motivo che potrebbe portare a considerare i due ambiti come compartimenti stagni. Ponendosi dal punto di osservazione dell'Ente, le cose stanno in maniera diversa. Il GDPR, infatti, richiede una valutazione dei rischi legati alla violazione dei dati personali trattati, esattamente come il D.Lgs. 231/2001 richiede una valutazione dei rischi rispetto al coinvolgimento dell'ente nella commissione dei "reati presupposto" e quando si arriva a parlare di reati informatici alcune delle contromisure coprono evidentemente entrambi gli ambiti.

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

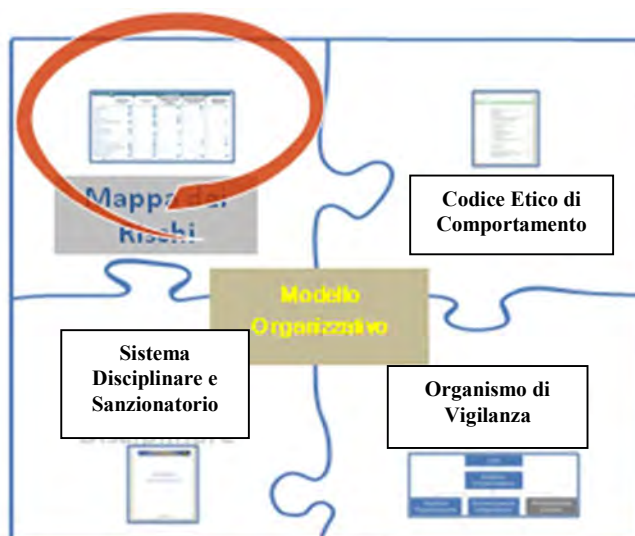
4. La costruzione, implementazione e vigilanza del Modello Organizzativo

La costruzione, l'implementazione e la vigilanza del Modello Organizzativo di gestione e controllo dei rischi ai sensi del D.Lgs. 231/2001 tende ad assicurare l'efficace prevenzione dei reati presupposto, anche mediante il forte coinvolgimento dei destinatari. In particolare:

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

presente e manifestato concretamente nei fatti l'impegno per l'attuazione efficace del Modello.

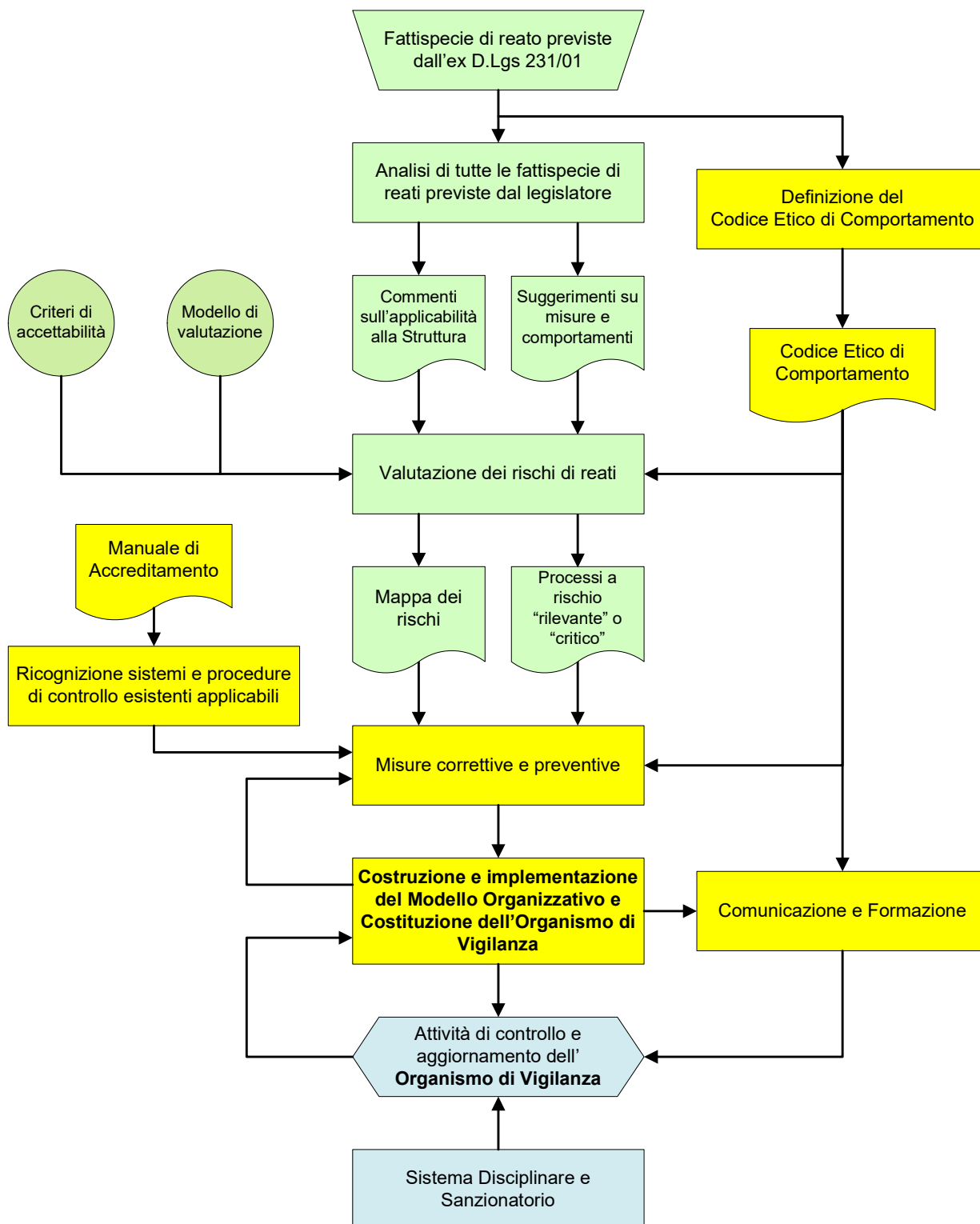
Il Modello si inserisce ed integra all'interno delle attuali regole e normative - che già disciplinano il funzionamento della Struttura - introducendo ed esplicitando il sistema di regolamentazione e controllo adottato per la prevenzione dei reati. L'adozione del Modello Organizzativo richiede che siano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



Il Modello Organizzativo si fonda su un sistema strutturato ed organico di fasi, nonché di procedure preventive e attività di vigilanza e controllo. Le principali fasi e attività sono le seguenti, la cui articolazione logica è rappresentata dal diagramma:

1. Ricognizione Sistemi e Procedure di controllo esistenti
2. Analisi dei rischi di reati ex D.Lgs 231/2001
3. Definizione e diffusione del Codice Etico di comportamento
4. Mappatura e Valutazione dei rischi di reati
5. Individuazione e implementazione delle misure e delle procedure di prevenzione dei reati
6. Eventuali modifiche ed integrazioni dei sistemi e procedure esistenti per una più efficace attività di prevenzione dei reati
7. Definizione del sistema disciplinare e sanzionatorio
8. Definizione ed implementazione delle funzioni, attività e compiti dell'Organismo di Vigilanza
9. Approvazione del Modello Organizzativo
10. Comunicazione, formazione e diffusione del Modello Organizzativo
11. Aggiornamento periodico del Modello Organizzativo.

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



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

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

4.2. Responsabilità della struttura sanitaria

La Società esercita, in regime privato e in regime di accreditamento con il S.S.R. della Regione Lazio, attività sanitarie di ricovero e, in regime ambulatoriale, anche servizi di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di dialisi, di medicina nucleare e di radiologia come riepilogati al precedente paragrafo 3.

Allo scopo effettua le seguenti principali macroattività:

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

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

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

in nome della Struttura, per suo conto o comunque nel suo interesse, in virtù di qualsiasi accordo di collaborazione o conferimento di incarico.

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

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

4.3. Aree nel cui ambito possono essere commessi reati

Preliminare all'analisi del rischio è l'individuazione:

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

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

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

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

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

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

5. Mappatura e valutazione dei rischi di reati ex D.Lgs.231/2001

5.1 Individuazione delle aree a rischio

L'individuazione delle aree a rischio rappresenta un'attività fondamentale per la costruzione del Modello Organizzativo. Tale attività viene effettuata analizzando il contesto e la specificità della struttura e tenendo conto di tutti i sistemi di controllo, dei regolamenti e delle procedure già in essere. Come primo livello di analisi, vengono individuate le Aree e/o i Macroprocessi nelle quali possono verificarsi elementi di rischio pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D.Lgs. 231/2001.

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

- a. i Rapporti con la PA;
- b. erogazione dei servizi sanitari;
- c. servizi generali e amministrativi.

Tali aree vengono esaminate secondo la metodologia sotto riportata.

I risultati dell'analisi dei rischi vengono raccolti nel documento "Mappa dei rischi" e sono oggetto di periodica verifica e aggiornamento da parte dell'Organismo di Vigilanza.

I Macroprocessi che vengono ritenuti di significativo impatto sul rischio di commissione di reati secondo il D.Lgs 231/2001 o di violazione dei principi etici previsti alla base del Codice Etico vengono sottoposti ad un'analisi, utilizzando la matrice del rischio di cui al paragrafo 6.4.

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

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

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

5.2 La definizione di "rischio accettabile"

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

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

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

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

- escludere che un qualunque soggetto operante all'interno delle strutture possa giustificare la propria condotta adducendo l'ignoranza delle direttive aziendali della struttura;
- evitare che, nella normalità dei casi, il reato o la violazione ai principi etico-comportamentali previsti possa essere causato dall'errore umano (dovuto anche a negligenza o imperizia) o dalla non ottemperanza alle politiche e alle procedure aziendali.

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

In caso di reati ex D.Lgs 231/2001 la cui probabilità di accadimento è valutata nulla o trascurabile, il rischio è considerato direttamente accettabile senza dover applicare i requisiti delle diverse colonne in tabella.

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

La metodologia adottata è basata sui seguenti passi:

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

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

- d. l'entità del danno quantificata da 1 a 4, individua i danni possibili ed è correlata all'entità delle sanzioni pecuniarie previste dal D.Lgs 231/2001. Nella tabella sottostante è riportata la modalità di valutazione dell'entità del danno;

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

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

5.4 Scheda di analisi e valutazione dei processi

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

Livello di rischio	FTR (fattore di Rischio)	Azioni	Priorità
Rischio Critico	FTR ≥ 10	Azioni Correttive Indilazionabili	1
Rischio rilevante	$6 < \text{FTR} \leq 10$	Azioni correttive e/o migliorative da programmare nel breve/medio periodo	2
Rischio Accettabile	FTR ≤ 6	Azioni di Miglioramento da valutare non richiedenti intervento immediato	3

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

MAPPATURA REATI

Reati di cui al D.Lgs 231/01 (1)	Rif. Codice Etico di Comportamento (2)	Rischio di difformità (3)	Attività sensibili (4)	Funzioni potenzialmente coinvolte (5)	Entità del danno (6)	Probabilità di accadimento (7)	Fattore di Rischio Totale (FRT) (8)	Misure preventive (9)
<p>LEGENDA</p> <p>Punteggio Entità del danno (D) Vedi tabella di valutazione dell'entità del danno</p> <p>Probabilità di accadimento (P) Vedi tabella di valutazione del livello di probabilità</p> <p>Fattore di rischio Totale (FTR)= (D x P) Vedi Matrice di valutazione dei rischi</p>					<p>Criteri di compilazione della scheda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reati di riferimento dal D.Lgs. 231/2001 2. Riferimento puntuale al Codice Etico di Comportamento 3. Individuare il rischio di difformità al D. Lgs 231/2001 e ai principi etici-comportamentali di riferimento 4. Individuare le aree/processi interessati dal rischio 5. Individuare la probabilità secondo i criteri predefiniti 6. Valutare l'entità potenziale del danno secondo i criteri predefiniti 7. Indicare il livello di probabilità di accadimento del rischio secondo i criteri predefiniti 8. Incrociare, utilizzando la matrice del rischio, il valore del punto 6 con quello del punto 7 e ottenere il Fattore di Rischio Totale (RA = rischio accettabile, RR = rischio rilevante, RC = rischio critico) 9. Misure di prevenzione da intraprendere o intraprese in caso di rischio rilevante o critico 			

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

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

6. Adozione, aggiornamento e attuazione del Modello Organizzativo

Il Modello Organizzativo è recepito ed approvato dal Rappresentante Legale della Società, a seguito della verifica di conformità ai requisiti ex D. Lgs 231/2001 da parte dell'Organismo di Vigilanza. Le successive modifiche e aggiornamenti proposti dall'Organismo di Vigilanza vengono recepiti ed approvati dal Rappresentante legale della Società.

L'adozione del presente Modello ed i successivi aggiornamenti dello stesso costituiscono elementi essenziali del processo di conduzione dinamica del Modello.

In tale processo l'Organo Amministrativo, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, relativamente agli aspetti esecutivi, sono responsabili dell'attuazione del Modello nella Società.

La fase di attuazione del Modello comporta un'attività d'impulso, valutazione ed approvazione delle azioni necessarie per l'implementazione degli elementi fondamentali del Modello stesso.

Per l'individuazione di tali azioni, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario si avvalgono del supporto dell'Organismo di Vigilanza ed eventualmente di altri soggetti specificatamente designati dall'Organo Amministrativo, a cui, quest'ultimo può delegare la realizzazione di dette azioni.

La vigilanza sull'adeguatezza e attuazione del Modello, deliberato con determina dell'Organo Amministrativo, è garantita dall'Organismo di Vigilanza, nell'esercizio dei propri poteri di controllo.

In ogni caso, la Società intende ribadire che la corretta attuazione ed il controllo sul rispetto delle disposizioni aziendali e, quindi, delle regole contenute nel presente Modello, costituiscono un obbligo ed un dovere di ciascun Responsabile di area/funzione/servizio di Clinica Guarnieri.

7. L'Organismo di Vigilanza

7.1. Nomina dell'Organismo di Vigilanza

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

L'Organismo di Vigilanza può essere monocratico o composto da due o più membri, che possono coincidere con i membri del Collegio Sindacale.

I componenti dell'OdV sono nominati dall'Organo Amministrativo della Società. L'OdV può avvalersi

della collaborazione di esperti a cui sarà conferita dalla Società una consulenza per le specifiche problematiche.

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

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

Il Presidente dell'OdV ha il compito di promuovere l'attività, presiedere le riunioni e rappresentare l'organismo presso l'Organo Amministrativo della Struttura.

7.2. Requisiti dell'Organismo di Vigilanza

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

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

- a. relazioni di parentela, coniugio (o situazioni di convivenza di fatto equiparabili al coniugio) o affinità entro il quarto grado con i soci, l'Amministratore Unico, nonché dei soggetti apicali delle strutture dell'Ente;
- b. funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso società controllanti e/o controllate;
- c. funzioni di amministrazione – nei tre esercizi precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con lo stesso Organismo – di imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o altre procedure concorsuali;
- d. rapporto di pubblico impiego presso la Regione Lazio, la ASL competente nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con gli stessi enti;
- e. sentenza di condanna anche non passata in giudicato, ovvero provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, in Italia o all'estero, per i delitti richiamati dal D.Lgs. 231/2001 o delitti ad essi assimilabili;
- f. condanna, con sentenza anche non passata in giudicato, ovvero con provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, a una pena che importa l'interdizione, anche

temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

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

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

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

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

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

7.3. Obblighi dell'organo Amministrativo della Società nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

L'Organo Amministrativo della Società garantisce all'Organismo di Vigilanza autonomia di iniziativa e libertà di controllo sulle attività a rischio-reati, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello Organizzativo e consentire l'accertamento immediato delle violazioni; restano fermi, comunque, in capo ai soggetti a ciò formalmente preposti nell'organizzazione aziendale, gli obblighi generali di direzione e vigilanza sul personale sottoposto, anche ai fini del rispetto delle disposizioni del presente Modello Organizzativo.

L'Organo Amministrativo assicura l'uso, anche se non esclusivo, di idonei locali per le riunioni ed ogni altra necessaria attività, garantendo l'assoluta riservatezza nell'esercizio delle funzioni dell'Organismo; inoltre, l'Organo Amministrativo mette a disposizione dell'OdV personale di segreteria, non esclusivamente dedicato, e i mezzi tecnici necessari per l'espletamento delle sue funzioni.

Al momento della nomina dell'OdV deve essere stabilito un fondo sufficiente allo svolgimento dei compiti che il D.Lgs. n. 231/2001 e il presente Modello Organizzativo assegnano all'Organismo. Tale fondo sarà quantificato dall'Organo Amministrativo.

7.4. Obblighi, funzioni, attività e compiti dell'Organismo di Vigilanza

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

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

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

In base al D.Lgs. 231/2001, l'Organismo di Vigilanza svolge le seguenti funzioni:

- vigilare sulla effettiva e concreta applicazione del Modello Organizzativo, verificando la congruità dei comportamenti all'interno dell'Ente rispetto allo stesso;
- valutare, anche tramite la segnalazione di eventuali criticità ad opera di soggetti apicali o sottoposti, l'adeguatezza del Modello Organizzativo, ossia l'idoneità dello stesso, in relazione alla tipologia di attività e alle caratteristiche della Società, a ridurre i rischi di commissione dei reati di riferimento;
- promuovere l'attività di aggiornamento del Modello Organizzativo, da effettuarsi obbligatoriamente in caso di modifiche organizzative e di eventuali novità legislative;
- relazionare gli organi competenti sullo stato di attuazione del Modello, segnalando per gli opportuni provvedimenti, le violazioni del Modello che possano comportare l'insorgere di

- una responsabilità in capo all'Ente;
- gestire i flussi informativi che lo interessano;
 - promuovere, di concerto con le funzioni aziendali preposte, l'organizzazione dei corsi di formazione;
 - sollecitare immediatamente l'amministrazione ad effettuare gli adempimenti di risarcimento volontario di cui alla lettera a), punto 2 dell'art.12 del D.Lgs 231/01.

A tal fine l'Organismo di Vigilanza è tenuto a:

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

la riduzione della sanzione amministrativa ivi prevista, e predisporrà l'aggiornamento del modello organizzativo in vigore, al fine di eliminare le carenze che hanno determinato il reato in questione, per come sancito dagli artt. 17 e 65 del medesimo Decreto Legislativo, per ottenere l'esclusione dell'applicazione delle sanzioni interdittive normativamente previste.

Nell'espletamento delle proprie funzioni, qualora ritenuto necessario, l'OdV può avvalersi di esperti esterni all'organizzazione dotati di competenze specifiche sui processi da verificare.

L'OdV redige, in riferimento ad un periodo annuale, il piano delle attività di vigilanza. Il documento "Piano delle attività di vigilanza":

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

L'OdV è tenuto a riportare i risultati della propria attività all'Organo Amministrativo.

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

L'OdV dovrà predisporre, per l'Organo Amministrativo, una relazione Informativa, su base annuale, sull'attività di vigilanza svolta, sull'esito di tale attività e sull'attuazione del Modello Organizzativo.

Le attività dell'OdV sono insindacabili da parte di qualsiasi persona e funzione della Società salvo, comunque, l'obbligo di vigilanza, a carico della Rappresentante Legale della Società sull'adeguatezza dell'OdV e del suo intervento, essendo, comunque, il Rappresentante Legale responsabile del funzionamento e dell'efficacia del Modello Organizzativo.

7.5. Cause di decadenza e revoca dell'OdV

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

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

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

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

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

7.6. Rinuncia e sostituzione

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

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

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

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

7.7. Conflitto di interesse e concorrenza

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

amministrativo (nonché agli altri membri dell'Organismo di Vigilanza).

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

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

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

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

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

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

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

- i provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i Reati qualora tali indagini coinvolgano l'Ente, i suoi Dipendenti o componenti gli Organi di governo;
- le richieste di assistenza legale inoltrate all'Ente dai Dipendenti o dai componenti gli Organi di governo in caso di avvio di procedimento giudiziario per i Reati nei confronti degli stessi;
- i rapporti eventualmente preparati dai responsabili di altre funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali potrebbero emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D.Lgs. 231/2001;
- le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e alle eventuali sanzioni irrogate ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni, qualora essi siano legati a commissione di Reati o violazione delle regole di comportamento o procedurali del Modello;
- le informazioni su eventi occorsi in materia di infortuni sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

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

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

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

7.9. Segnalazioni

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

Clinica Guarnieri adotta misure idonee a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante

durante l'attività di gestione della stessa; a tal proposito, tra i canali previsti, è stata attivata l'email odv@clinicaguarnieri.it idonea a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante.

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

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

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

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

8. Whistleblowing

In data 29 dicembre 2017 è entrata in vigore la Legge 30 novembre 2017 n. 179 (cosiddetta del "whistleblowing") che regola le forme di tutela per coloro che segnalano eventuali illeciti o irregolarità nell'ambito dello svolgimento dell'attività lavorativa, sia in ambito pubblico, che privato. La Società ha provveduto tempestivamente ad adottare una "Procedura Whistleblowing per la segnalazione di illeciti ed irregolarità ex D.Lgs. n. 231/2001", da intendersi quale parte integrante del MOG, che è stata aggiornata per recepire le novità introdotte dal D.Lgs. n. 24/2023.

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 6, comma 2-bis, D.Lgs. n. 231/2001, introdotto dall'art. 2 della L. 30 novembre 2017, n. 179 in materia di whistleblowing, recentemente sostituito dall'articolo 24, comma 5, del D.Lgs. n. 24/2023, che ha recepito la Direttiva UE 2019/1937 sulla protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione, Clinica Guarnieri mette a disposizione dei destinatari del presente Modello più canali alternativi di segnalazione interna, sia scritta che orale, al fine di consentire il flusso di segnalazioni inerenti le violazioni delle disposizioni del diritto europeo (in ossequio alle prescrizioni della Direttiva) e della normativa nazionale, lesive dell'interesse pubblico ovvero dell'integrità della società, di cui il segnalante sia venuto a conoscenza nel proprio contesto lavorativo; inoltre, prevede il divieto di ritorsione nei confronti del whistleblower e l'introduzione di un sistema disciplinare interno idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

La gestione di siffatto canale è stata affidata ad una persona esterna alla società, autonoma e supportata da personale specificamente formato, nei modi e termini indicati nella relativa procedura che costituisce, unitamente al modulo di segnalazione, allegato al presente Modello, entrambi pubblicati sul sito della Società.

Il D.Lgs n. 24/2023 ha previsto che la persona incaricata della gestione del canale interno sia tenuta a rispettare specifici oneri organizzativi, tra i quali:

- rilasciare al segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione;
- interloquire con il segnalante e richiedere a quest'ultimo integrazioni, laddove necessario;
- dare diligente seguito alle segnalazioni ricevute, ponendo in essere le più opportune attività istruttorie;
- fornire riscontro ad ogni singola segnalazione entro tre mesi dall'emissione dell'avviso di ricevimento o, in mancanza di tale avviso, entro tre mesi dalla scadenza del termine di sette giorni dalla presentazione della segnalazione;
- mettere a disposizione informazioni chiare sul canale, sulle procedure e sui presupposti per effettuare le segnalazioni interne e quelle esterne di cui infra. Tali informazioni devono essere esposte e rese facilmente visibili nei luoghi di lavoro ovvero sul sito web di Clinica Guarnieri, nonché accessibili alle persone che, pur non frequentando i luoghi di lavoro, intrattengono un rapporto giuridico con la società;
- provvedere alla conservazione della documentazione inerente alle segnalazioni secondo le modalità e il termine dettagliatamente previsti dall'art. 14 del D.Lgs. n. 24/2023.

In aggiunta al canale interno, il nuovo decreto ha introdotto l'inedita possibilità per i whistleblowers

di trasmettere le segnalazioni all'esterno, all'ANAC, attraverso il canale dalla stessa appositamente istituito, qualora ricorra una delle seguenti condizioni:

- nello specifico contesto lavorativo del segnalante l'attivazione del canale interno non è obbligatoria oppure esso non è attivo o non è stato congegnato secondo i requisiti del Decreto;
- il segnalante ha già effettuato una segnalazione interna, ma la stessa non ha avuto alcun seguito;
- il segnalante ha fondato motivo di ritenere che, laddove effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero potrebbe esporsi a un rischio di ritorsione;
- la violazione segnalata può fondatamente ingenerare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Il canale di segnalazione istituito dall'ANAC, al pari dei canali interni, deve essere idoneo ad assicurare, anche attraverso il ricorso alla crittografia, la riservatezza: (i) dell'identità della persona segnalante, (ii) della persona coinvolta, (iii) della persona comunque menzionata nella segnalazione, (iv) del contenuto della stessa e (v) della relativa documentazione.

Entrambe le segnalazioni (interne ed esterne) possono essere effettuate in forma scritta ovvero in forma orale mediante telefono o messaggistica vocale ovvero, su richiesta del segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

Da ultimo, il Decreto ha disciplinato, in via sussidiaria, quale ulteriore modalità di denuncia, la divulgazione pubblica prevedendo che la stessa possa essere effettuata a determinate condizioni (a cui è subordinato il diritto del segnalante di beneficiare delle misure di protezione), e cioè che:

- sia stata ritualmente effettuata in precedenza una segnalazione interna ed esterna o direttamente esterna, senza alcun esito;
- il segnalante non abbia effettuato la segnalazione ricorrendo ai canali "ordinari" ritenendo che la violazione dedotta rappresenti un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- la persona segnalante temi ragionevolmente che la segnalazione esterna possa generare il rischio di ritorsioni ovvero restare inefficace in considerazione delle circostanze del caso concreto.

Rimane, inoltre, la possibilità di effettuare denunce all'autorità giudiziaria e contabile.

Tali segnalazioni devono riguardare comportamenti, atti od omissioni lesivi non solo del diritto dell'Unione, ma anche della normativa nazionale, a condizione che gli stessi si rivelino tali da

pregiudicare l'interesse pubblico o l'integrità della società.

Il nuovo decreto individua le seguenti "tassative" categorie di violazione:

- (a) illeciti amministrativi, contabili, civili e penali di qualsiasi natura, diversi dalle successive ipotesi;
- (b) condotte illecite rilevanti ai sensi del Decreto 231 (vale a dire: fattispecie concrete che integrano gli estremi dei reati-presupposto della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche) e violazioni dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo (quale, ad esempio, l'inosservanza dei principi di comportamento e dei presidi di controllo in essi previsti), diversi dalle ipotesi di seguito annumerate;
- (c) illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea o nazionali puntualmente catalogati nell'allegato al Decreto ovvero della legislazione interna che costituisce attuazione degli atti di diritto europeo indicati nell'allegato alla Direttiva, relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;
- (d) atti od omissioni lesivi degli interessi finanziari dell'Unione europea tutelati ai sensi dell'art. 325 TFUE;
- (e) atti od omissioni riguardanti il mercato interno di cui all'art. 26, par. 2, TFUE, comprese le violazioni delle norme euro-unitarie in materia di concorrenza e aiuti di Stato, nonché di imposte sulle società;
- (f) qualsiasi condotta suscettibile di vanificare l'oggetto o la finalità delle disposizioni previste dagli atti dell'Unione nei settori individuati alle lettere c), d) ed e).

Legittimato alla segnalazione è qualsiasi lavoratore, indipendentemente da quale sia l'inquadramento giuridico e contrattuale della propria prestazione, anche i lavoratori autonomi, i collaboratori, i liberi professionisti, i consulenti, i volontari e i tirocinanti della società, ove presenti, e le persone che rivestono al suo interno funzioni di amministrazione, gestione, controllo vigilanza o rappresentanza. La tutela apprestata in via diretta per gli autori testé menzionati trova applicazione anche nei riguardi di altre figure, in particolare:

- i facilitatori (vale a dire: coloro che prestano assistenza al lavoratore nel processo di segnalazione);
- le persone che operano nel medesimo contesto lavorativo del segnalante ovvero di colui che ha sporto una denuncia o ha effettuato una divulgazione pubblica e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado;

- i colleghi che lavorano nel medesimo contesto del whistleblower e che hanno con lui un rapporto abituale e corrente;
- gli enti di proprietà della persona segnalante o per i quali questi lavora, nonché gli enti che operano nel suo medesimo contesto professionale.

Pur non essendo necessario che il soggetto segnalante sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti segnalati e dell'autore degli stessi, si richiede comunque che il segnalante abbia fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commessi.

Per contro, le segnalazioni non possono avere ad oggetto le contestazioni, rivendicazioni o richieste di un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità Giudiziaria o contabile che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero ai rapporti con le figure gerarchicamente sovraordinate.

Nel sistema whistleblowing riveste un ruolo cruciale la tutela della riservatezza dell'identità di tutte le persone interessate dalla segnalazione e del suo contenuto. In tal senso, il D.Lgs. n. 24/2023 fissa un obbligo generale di riservatezza in virtù del quale le informazioni sulle violazioni non possono essere utilizzate oltre quanto necessario per dare séguito alle stesse. È previsto il divieto di rivelazione della identità del segnalante e di qualsiasi altra informazione da cui la stessa possa, direttamente o indirettamente, evincersi a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni, senza il consenso espresso dell'autore.

Sempre a tutela dell'identità del whistleblower, vengono dettate specifiche previsioni calibrate su determinati contesti procedimentali, così compendiabili:

- nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 c.p.p.;
- nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del whistleblower non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso del segnalante alla rivelazione della propria identità.

Ad ogni modo, medesime garanzie sono riconosciute, altresì, alle persone menzionate e a quelle coinvolte nelle segnalazioni per l'intera durata del procedimento avviato a seguito della ricezione delle stesse.

Le misure di protezione offerte ai segnalanti si applicano al ricorrere dei seguenti presupposti:

- al momento della segnalazione o della denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile ovvero della divulgazione pubblica, la persona segnalante/denunciante aveva fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate pubblicamente o denunciate fossero vere e rientrassero nell'ambito oggettivo di applicazione del Decreto;
- la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto delle modalità previste dalla normativa.

Queste misure trovano, altresì, applicazione nei casi di segnalazione, denuncia o divulgazione pubblica anonime, nell'ipotesi in cui l'autore delle stesse venga successivamente identificato e subisca ritorsioni, oltre che nei casi di segnalazione presentata alle istituzioni, agli organi e agli organismi dell'Unione europea. Di contro, tali misure sono destinate a soccombere qualora sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o, comunque, per altri reati commessi con la proposizione della denuncia ovvero la sua responsabilità civile per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In entrambi le ipotesi alla persona segnalante o denunciante verrà irrogata una sanzione individuata tra quelle previste nel Sistema Disciplinare Interno (cui si rimanda).

A ben vedere, quel che contraddistingue il regime del whistleblowing sul piano della tutela è il divieto di ogni forma di ritorsione a danno del segnalante che trova il suo completamento nella previsione della nullità di qualsiasi atto di natura ritorsiva, corredata dalla prescrizione della reintegrazione nel posto di lavoro in caso di licenziamento. Per ritorsione s'intende "qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o contabile o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto¹".

Vengono, poi, assicurate misure di sostegno in favore dei whistleblower che avranno la possibilità di comunicare le ritorsioni che ritengono di aver sofferto o di subire all'ANAC che, a sua volta, ne informerà immediatamente il Dipartimento della Funzione Pubblica ed eventuali organismi di categoria o di disciplina (per gli episodi che interessano il settore pubblico). La disciplina introdotta

¹ Art. 2, comma 1, lett. m), D. Lgs 24/2023.

dal D. Lgs 24/2023, diversamente da quanto prima previsto, attribuisce all'ANAC la competenza esclusiva a: i) valutare i comportamenti ritorsivi nei confronti del segnalante; ii) applicare le sanzioni.

L'Organismo di Vigilanza assicura per quanto di competenza il rispetto (e vigila sul rispetto da parte della Società) delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 24/2023. L'OdV valuta le segnalazioni ricevute e le attività da porre in essere; gli eventuali provvedimenti conseguenti sono definiti ed applicati in conformità a quanto previsto dal Sistema Disciplinare Interno, cui si rimanda. In particolare, ogni conseguente ed opportuno provvedimento sanzionatorio sarà adottato dal Datore di lavoro.

Ogni segnalazione pervenuta è gestita garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante anche al fine di evitare qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione o qualsivoglia conseguenza derivante dalla propalazione della segnalazione medesima, fatta salva la tutela dei diritti delle persone accusate erroneamente o in mala fede e dei diritti dei lavoratori, di Clinica Guarnieri e di terzi.

L'Organismo di Vigilanza conserva le segnalazioni ricevute in un apposito archivio informatico e cartaceo: l'accesso a detto archivio è consentito esclusivamente ai componenti dell'OdV e per le sole ragioni connesse all'espletamento dei compiti dinanzi rappresentati.

Clinica Guarnieri vieta espressamente qualsiasi atto di ritorsione o di discriminazione, diretta o indiretta, nei confronti dei soggetti segnalanti per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alle segnalazioni, adottando specifici provvedimenti disciplinari per il responsabile di tali condotte.

9. Sistema disciplinare e sanzionatorio

9.1. Funzioni del Sistema Disciplinare

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

Lo stesso inoltre identifica le infrazioni ai principi, ai comportamenti e agli elementi specifici di controllo contenuti nel Modello, e a queste sono associate le sanzioni previste per il personale

dipendente dallo Statuto dei Lavoratori e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili al personale dell'Ente.

Le sanzioni disciplinari per il personale dipendente terranno conto in sede applicativa del principio di proporzionalità previsto dall'art. 2106 del Codice Civile, considerandosi per ciascuna fattispecie, la gravità oggettiva del fatto costituente infrazione disciplinare, il grado di colpa, l'eventuale reiterazione di un medesimo comportamento, nonché l'intenzionalità del comportamento stesso.

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

9.2. Illeciti disciplinari e criteri sanzionatori

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

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

- a. condotta del dipendente: dolo o colpa (negligenza, imprudenza, imperizia);
- b. mansioni e grado del dipendente;
- c. rilevanza degli obblighi violati;
- d. potenzialità del danno derivante all'Ente, anche in relazione all'eventuale applicazione delle sanzioni previste dal D.Lgs. n. 231/2001 e successive modifiche e integrazioni;
- e. presenza di circostanze aggravanti o attenuanti: in particolare in caso di sussistenza o meno di precedenti disciplinari, nei limiti consentiti dalla legge.

9.3. Ambito di applicazione

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

- a. mancato rispetto delle regole (disposizioni, norme, prescrizioni, divieti, obblighi ecc.)

previsti dai Protocolli e/o alle Procedure adottate dall'Ente ai fini del Modello e finalizzate a regolamentare i rapporti da tenersi con la Pubblica Amministrazione, a impedire comportamenti che possano integrare la fattispecie dei reati societari, dei reati in ambito di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, ai reati contro la personalità individuale, ai reati connessi alle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, ai reati ambientali, ai reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e in generale di tutti i reati previsti dal D.Lgs. n.231/2001 e successive integrazioni e modificazioni;

- b. mancato, falso, o incompleto rispetto delle procedure istituite dalla società con riferimento alle modalità di documentazione, di conservazione e di controllo degli atti, impedendo così che le stesse risultino trasparenti, veritiere e facilmente verificabili;
- c. violazione e/o elusione del sistema di controllo, mediante sottrazione, distruzione o alterazione della documentazione relativa alle procedure istituite;
- d. impedito controllo o accesso alle informazioni e alla documentazione nei confronti dei soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza;
- e. inosservanza delle prescrizioni contenute nel Codice Etico, con particolare riferimento alle linee guida, norme e standard generali di comportamento;
- f. inosservanza delle disposizioni relative a quanto previsto dal sistema delle deleghe;
- g. mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, soprattutto con riguardo ai rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- h. mancati controlli e informazioni attinenti al bilancio ed alle altre comunicazioni sociali;
- i. omessa vigilanza sul comportamento del personale operante all'interno della propria sfera di responsabilità al fine di verificarne le azioni nell'ambito delle aree a rischio reato e comunque, nello svolgimento di attività strumentali a processi operativi a rischio reato.

9.4. Sanzioni nei confronti dei Dipendenti

Le infrazioni inerenti il mancato rispetto da parte dei dipendenti delle regole e dei principi e standard generali di comportamento indicati nel Modello, possono essere punite, a seconda della gravità, con i seguenti provvedimenti Disciplinari, in coerenza con il vigente CCNL del personale medico e non medico, ed in conformità all'art. 7 della legge n. 300/1970 e nel pieno rispetto delle procedure ivi stabilite, nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, con testualità ed immodificabilità della contestazione disciplinare:

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

F. licenziamento per giusta causa.

A. Richiamo Verbale

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

B. Richiamo Scritto

La sanzione del richiamo scritto verrà applicata nei casi di:

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

C. Multa

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

D. Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione

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

E. Licenziamento per giustificato motivo

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

- l'inosservanza delle procedure previste per lo svolgimento di attività necessariamente a contatto con la Pubblica Amministrazione;
- l'inosservanza delle prescrizioni contenute nel Codice Etico, con particolare riferimento ai rapporti con la Pubblica Amministrazione, alla tutela del patrimonio della struttura, dei creditori e del mercato e alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e al divieto delle pratiche di mutilazione degli organi femminili;

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

F. Licenziamento per giusta causa

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

- violazione dolosa di procedure aventi rilevanza esterna e/o elusione fraudolenta realizzata attraverso un comportamento inequivocabilmente diretto alla commissione di un reato ricompreso fra quelli previsti dal D.Lgs. n. 231/2001 e successive modificazioni e integrazioni, tale da far venir meno il rapporto fiduciario con l'Ente;
- violazione e/o elusione del sistema di controllo, poste in essere con dolo mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione relativa alla procedura, ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza;
- mancata, incompleta o non veritiera documentazione dell'attività svolta relativamente alle modalità di documentazione e di conservazione degli atti relativi alle procedure, dolosamente diretta ad impedire la trasparenza e verificabilità delle stesse.

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

9.5. Garanzie di tutela dei diritti dei Dipendenti

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

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

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

9.6. Sanzioni nei confronti di membri dei soggetti apicali e dei componenti del Collegio Sindacale

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

In caso di violazione commessa dall'Organo Amministrativo, l'OdV informerà direttamente l'Assemblea Generale dei Soci con apposita richiesta di convocazione.

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

considerazione i seguenti elementi:

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

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

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

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

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

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

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

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

Entro dieci giorni dall'acquisizione della relazione dell'OdV, deve essere convocata l'Assemblea dei

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

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

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

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

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

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

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

9.7. Misure nei confronti di Consulenti e Partner

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

Nel caso in cui, dai suddetti comportamenti, siano derivati danni concreti per la struttura, Clinica

Guarnieri si riserva la facoltà di richiedere anche il risarcimento dei danni subiti.

10. La formazione delle risorse e la diffusione del modello

10.1. Informazione e formazione

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

Il sistema di informazione e formazione è gestito congiuntamente dalla Direzione Amministrativa e dalla Direzione Sanitaria della struttura, in stretta cooperazione con l'Organismo di Vigilanza, nonché con la collaborazione dei responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolte nella applicazione del Modello.

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

Tutti i destinatari devono conoscere il Modello ed il Codice Etico, nonché i successivi aggiornamenti e devono espressamente dichiarare di impegnarsi al rispetto dei principi ivi contenuti.

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

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

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

I corsi e le altre iniziative di formazione sui principi e le procedure del Modello devono essere differenziati in base al ruolo e alla responsabilità delle risorse interessate, ovvero mediante la

previsione di una formazione più intensa e caratterizzata da un più elevato grado di approfondimento per i soggetti qualificabili come “apicali” alla stregua del Decreto, nonché per quelli operanti nelle aree qualificabili come “a rischio diretto” ai sensi del Modello.

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

10.2. Formazione e informazione dei Dipendenti e dei Medici

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

Il sistema di informazione e formazione è supervisionato ed integrato dall’attività realizzata in questo campo dall’OdV in collaborazione con l’Ufficio del Personale e con i responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolte nella applicazione del Modello.

- La comunicazione

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

- La formazione

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

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

10.3. Informazione a Consulenti e Partner

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

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

I contratti stipulati e/o rinnovati successivamente all'adozione del presente Modello dovranno prevedere clausole che impongano ai soggetti suddetti il rispetto del Modello stesso e che stabiliscano condizioni risolutive e di risarcimento dei danni in caso di violazione da parte di fornitori e collaboratori a vario titolo.

11. Verifiche sull'adeguatezza del Modello

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

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

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

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

Le verifiche e il loro esito sono oggetto di report annuale all'Organo Amministrativo e al Collegio Sindacale, se non coincidente con l'OdV. In particolare, in caso di rilevata inefficienza del Modello, l'OdV esporrà i miglioramenti da attuare.