SANTABARBARA HOSPITAL

MOC
MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO
2017

SANTABARBARA HOSPITAL

MOC - MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO 2017

santabarbarahospital.it

Il SANTABARBARA HOSPITAL aderisce all'Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP,
ne adotta il codice etico e applica il Contratto Nazionale di Lavoro sottoscritto da AIOP - CGIL CISL UIL

aiop.it
aiopsicilia.it

Il SANTABARBARA HOSPITAL aderisce dal 2010 all'associazione antiracket "G. Giordano" di Gela,
fondata nel 2005 a sostegno degli imprenditori vittime di usura e racket

antiracketgela.it

SANTABARBARA HOSPITAL
Via Minerbio, 1 - 93012 Gela (CL) - 0933 817 -101
info@santabarbarahospital.it

presidente	Dott. Francesco Crimaldi
direttore generale	Dott. Sandro Siniscalchi
direttore sanitario	Dott. Emanuele Giarrizzo

So.Ge.Sa. S.p.a.- sede legale: Via Minerbio, 1 - 93012 Gela (CL) - P.IVA 00514190826

MOC - Modello di organizzazione, gestione e controllo
EDIZIONE /dicembre 2017
© testi e immagini SANTABARBARA HOSPITAL, 2016

redazione in collaborazione con:
DEMS - Dipartimento Scienze Politiche e Relazioni Internazionali - Università di Palermo

NEOSTUDIO s.r.l.

progetto grafico: Gaetano Licata, Michele Maria Cammarata
fotografie: Isabella Fera, Michela Maniscalco

Il progetto della nuova corporate identity del SANTABARBARA HOSPITAL,
è stato selezionato per l'ADI Design Index 2015, canditato al Compasso d'Oro 2016

adi-design.org
adidesignindex.com

MOC - MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO 2017

Art.6-7 D.Lgs. 231/2001

santabarbarahospital.it

SantaBarbara Hospital, in linea con gli orientamenti della Regione Sicilia, si è dotata sin dal 2013 di un Modello di Organizzazione Gestione e Controllo conforme al D.Lgs 231/01.
Il modello adottato è frutto della collaborazione con il DEMS , Dipartimento di Scienze politiche e Relazioni Internazionali dell'Università degli Studi di Palermo; oggi presentiamo la seconda versione aggiornata alle nuove disposizioni e previsioni legislative ed alla attuale organizzazione del SANTABARBARA HOSPITAL.
Cos'è il Modello di Organizzazione Gestione e Controllo?
In parole semplici è un sistema di presidi e procedure, attraverso i quali diffondere e attuare la cultura della legalità e prevenire la commissione dei cosiddetti reati presupposto, ampiamente illustrati nei documenti che costituiscono il MOC 231.
I presidi e le procedure di funzionamento del SANTABARBARA HOSPITAL sono stati aggiornati nel 2017 con lo scopo di garantire l'adeguatezza degli standard organizzativi, delle regole comportamentali e dei controlli rispetto alle rilevanti attività che il SANTABARBARA HOSPITAL, per ridurre il rischio di condotte penalmente rilevanti potenzialmente riferibili a soggetti che operano per e nell'interesse del SANTABARBARA HOSPITAL.
La visione che ha orientato la collaborazione tra SANTABARBARA HOSPITAL e il DEMS deriva dall'idea che uno strumento giuridico come il MOC 231, possa supportare il SANTABARBARA HOSPITAL in processo di continua crescita e miglioramento delle proprie performance e della capacità di soddisfare i bisogni di cura dei pazienti e di tutto il sistema socio-economico in cui la stessa opera.

Dott. Francesco Crimaldi

Presidente SANTABARBARA HOSPITAL

INDICE

SEZIONE I	**INQUADRAMENTO GENERALE**	pag. 9
I.a	Quadro normativo	pag. 9
I.b	Presupposti per l'esonero da responsabilità	pag. 18
SEZIONE II	**IL MOC**	pag. 27
II.a	La società: storia, attività e contesto socio economico	pag. 27
II.b	Funzione, scopo e struttura del MOC	pag. 30
SEZIONE III	**MAPPATURA DEI RISCHI-REATO**	pag. 35
III.a	Reati-presupposto atipici	pag. 35
III.b	Reati-presupposto comuni	pag. 36
III.b 1	Reati societari	pag. 36
III.b 2	Reati informatici	pag. 38
III.b 3	Reati di riciclaggio, ricettazione e impiego di denaro beni o utilità di provenienza illecita - autoriciclaggio	pag. 39
III.b 4	Truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche e malversazione	pag. 42
III.b 5	Pratiche di mutilazione dei genitali femminili	pag. 43
III.b 6	Reati ambientali	pag. 43
III.c	Reati - presupposto peculiari	pag. 45
III.c 1	Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione	pag. 45
III.c 2	Truffa a danno dello stato o di altri enti pubblici	pag. 47
III.c 3	Reati associativi	pag. 54
III.c 4	Omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro: il sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro	pag. 55
III.d	Tabella di riepilogo - classificazione dei reati presupposto rilevanti	pag. 56
SEZIONE IV	**PROCURE E DELEGHE**	pag. 59
IV.a	Sistema delle procure e deleghe	pag. 59
SEZIONE V	**AREE DI RISCHIO ED ATTIVITA' SENSIBILI**	pag. 65
V.a	Attività di approvvigionamento	pag. 67
V.a 1	Attività unitaria di approvvigionamento	pag. 68
V.b	Attività di progettazione ed erogazione dei servizi di diagnosi e cura	pag. 73
V.b 1	Attività trasversale di supporto: il sistema di supporto alla formazione e all'attuazione delle decisioni	pag. 74

V.b 2	Assegnazione e ridefinizione della convenzione e del budget: bisogni di cura, verifica della capacità organizzativa e contraddittorio con la committenza pubblica	pag. 76
V.b 3	Erogazione dei servizi di diagnosi e cura: accesso, erogazione e rendicontazione	pag. 77
V.c	Attività relative alla gestione dei flussi finanziari	pag. 80
V.c 1	Flussi di cassa e gestione incassi e pagamenti	pag. 80
V.c 2	Finanziamenti e conferimenti in denaro	pag. 81
V.d	Attività di gestione amministrativa contabile	pag. 83
V.d 1	Organizzazione del piano dei conti e gestione degli strumenti informatici per le attività contabili	pag. 83
V.d 2	Contabilizzazione e archiviazione	pag. 84
V.d 3	Redazione del bilancio	pag. 84
V.d 4	Rapporti col Collegio Sindacale	pag. 85
V.e	Attività istituzionali e rapporti con le pubbliche amministrazioni	pag. 86
V.e 1	Soggetti e adempimenti nei rapporti con pubbliche amministrazioni	pag. 87
V.e 2	Consulenze scientifiche	pag. 87
V.e 3	Sponsorizzazioni o contribuzioni	pag. 88
V.f	Processo di gestione dei processi informa	pag. 89
V.f 1	Integrità, disponibilità ed utilizzo dei sistemi informatici	pag. 89
V.f 2	Sistemi di controllo e monitoraggio	pag. 90
V.g	Gestione del personale e adeguatezza organizzativa	pag. 91
V.g 1	Selezione, assunzione ed avanzamento professionale del personale	pag. 91
V.g 2	Gestione del personale: turnazione e rilevamento presenze	pag. 92
V.g 3	Amministrazione del personale e pagamento delle retribuzioni	pag. 92
V.g 4	Gestione dell'informazione e formazione per l'applicazione del MOC	pag. 93
V.h	Attività di gestione degli adempimenti in materia di antinfortunistica e tutela dell'igiene e della sicurezza sul luogo di lavoro	pag. 96
SEZIONE VI	**APPARATO DISCIPLINARE E SANZIONATORIO**	pag. 103
SEZIONE VII	**L'ORGANISMO DI VIGILANZA E CONTROLLO**	pag. 107
VII a	Requisiti dei componenti	pag. 108
VII b	Programmazione e svolgimento delle attività dell'OVC	pag. 109
VII c	Compensi dei componenti dell'OVC	pag. 110
VII d	Procedure di segnalazione all'OVC	pag. 110
VII e	La conservazione delle informazioni	pag. 111

SANTA BARBARA
RESIDENCE SANT

SEZIONE I INQUADRAMENTO GENERALE

I.a Quadro normativo

Il D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231, recante la *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"*, emanato in attuazione della delega di cui all'art. 11 della L. 29 settembre 2000, n. 300, ha inteso adeguare la normativa interna ad alcune convenzioni internazionali - relative alla lotta alla corruzione dei pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali, dei funzionari degli Stati membri dell'Unione europea e alla tutela delle finanze comunitarie - le quali prevedevano l'obbligo per gli stati firmatari di predisporre un sistema di responsabilità delle persone giuridiche connesso ad un corrispondente apparato sanzionatorio, a sostegno della lotta contro la criminalità d'impresa.
Precisamente, il D.Lgs. 231/2001 introduce nell'ordinamento giuridico italiano una peculiare forma di responsabilità *amministrativa* a carico degli enti collettivi per reati tassativamente elencati quali illeciti *presupposto,* commessi nel loro *interesse* o a loro *vantaggio*, dai c.d. vertici aziendali o anche da soggetti che si trovano in posizione subordinata.
La nuova responsabilità, nominalmente amministrativa, è nella sostanza penale: è infatti strettamente agganciata alla commissione di un fatto di reato, ed è accertata dal giudice penale nella sede e con le garanzie del processo penale. In particolare, la giurisprudenza di legittimità, recependo la tesi formulata nella relazione governativa di accompagnamento al D.Lgs. 231/2001, ha qualificato tale sistema di responsabilità diretta degli enti collettivi *«come un* tertium genus *nascente dall'ibridazione della responsabilità amministrativa con principi e concetti propri della sfera penale»* (Cass. Pen., sez. II, 20 dicembre 2005; Cass. 30 gennaio 2006).

IL REGIME GIURIDICO DELLA RESPONSABILITÀ DEGLI ENTI COLLETTIVI

Ai fini dell'integrazione della responsabilità dell'Ente è necessario che sussistano tutti i presupposti oggettivi e soggettivi fissati dal legislatore: ossia, la commissione di uno dei *reati tassativamente previsti* dallo stesso decreto, *nell'interesse o a vantaggio dell'ente*, da parte di *soggetti qualificati* (apicali o a essi sottoposti) (cd. criterio di imputazione oggettiva di cui all' art. 5), e occorre altresì che sotto il profilo soggettivo la commissione del reato sia riconducibile ad una sorta di *colpa di organizzazione* (c.d. criterio di imputazione soggettiva, artt. 6-7).
La responsabilità diretta dell'ente collettivo è *aggiuntiva* e non sostitutiva di quella del soggetto/persona fisica autore materiale del reato, la quale resta regolata dal diritto penale comune. Ciò risulta in modo inequivoco dall'art. 8 del decreto *("Autonomia della responsabilità dell'ente")*, ai sensi del quale *«la responsabilità dell'ente sussiste anche quando: a) l'autore del reato non è stato identificato o non è imputabile; b) il reato si estingue per una causa diversa dall'amnistia»*.

I CRITERI OGGETTIVI D'IMPUTAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE

Precisamente, gli elementi che sul piano oggettivo integrano la fattispecie costitutiva dell'*illecito amministrativo dipendente da reato* sono:

a) la commissione da parte di una persona fisica di uno dei c.d. *reati-presupposto*, ossia dei reati espressamente previsti dalla legge ai fini della responsabilità dell'ente collettivo (artt. 24 - 25novies D.Lgs. 231/2001)

b) l'esistenza di un *rapporto qualificato* tra la persona fisica autrice del reato e l'ente collettivo

c) l'*interesse* o il *vantaggio* dell'ente (art. 5, commi 1 e 2)

d) il carattere non territoriale, non pubblico o non di rilievo costituzionale dell'ente (art. 1 comma 3)

e) l'inesistenza di un provvedimento di amnistia per il reato da cui dipende l'illecito amministrativo

GLI AUTORI DEL REATO

Ai fini della individuazione dei possibili autori dei reati da imputare alla persona giuridica, l'art. 5, utilizzando una formula elastica piuttosto che una elencazione tassativa di figure qualificate, distingue tra:

a) *persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione degli enti stessi o di una loro unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo degli enti medesimi* (art. 5 comma 1 lett. a) (c.d. soggetti in posizione apicale)

b) *persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati* (art. 5 comma 1 lett. b) (c.d. soggetti in posizione subordinata)

In via preliminare, occorre premettere che la distinzione tra le due categorie di persone fisiche, possibili autori di reati imputabili alla società, rileva ai fini dell'applicazione di meccanismi d'imputazione soggettiva differenziati in ragione appunto della qualifica soggettiva, che saranno nel prosieguo esaminati.

Le figure apicali sono state indicate privilegiando un criterio di tipo *oggettivo-funzionale*, dando rilievo allo svolgimento del ruolo più che all'aspetto formale della carica rivestita. Dunque, affinché si configuri la responsabilità dell'ente non è necessario che la posizione apicale all'interno della struttura sia rivestita in via formale ma è sufficiente che il soggetto svolga effettivamente funzioni di gestione e controllo, esercitando in tal modo un vero e proprio dominio sull'ente.

Fra i soggetti apicali, tuttavia, si annoverano non solo coloro che formalmente sono investiti delle funzioni sopra indicate, ma anche coloro che, pur non formalmente strutturati all'interno dell'ente, *di fatto ne esercitino la gestione e il controllo*. In proposito, anche in giurisprudenza si sottolinea che l'equiparazione dell'*apice di fatto* all'*apice di diritto* operata dall'art. 5 comma 1 lett. a) presuppone comunque che l'autore del reato, ove sia privo di una formale carica di rappresentanza, amministrazione, o direzione, eserciti contemporaneamente, di fatto, sia la gestione che il controllo dell'ente (in tal senso, Gup Trib. Torino sentenza 11 ottobre 2005).

La seconda tipologia di soggetti/persone fisiche che possono commettere reati imputabili alla società è costituita da coloro che sono sottoposti *alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti* in posizione apicale (c.d. sottoposti - art. 5 comma 1 lett. b). Un indirizzo minoritario ritiene che in questa categoria rientrino soltanto *i prestatori di lavoro subordinato,* come individuati dagli artt. 2094 e 2095 c.c. Invero è prevalente l'orientamento secondo cui va attribuita preferenza anche in questo caso all'aspetto funzionale piuttosto che a quello dell'appartenenza formale del *sottoposto* all'ente: la responsabilità dell'ente sussisterebbe quindi anche nel caso di soggetti *esterni* allo stesso, purché ovviamente siano sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti apicali.
Le linee guida AIOP del 2009 precisano che la categoria dei *soggetti sottoposti* ricomprende, oltre ai lavoratori subordinati e ai lavoratori legati all'ente da un rapporto di parasubordinazione, anche i soggetti i quali siano a capo di unità organizzative che però siano prive dei due caratteri che valgono a connotarne l'autonomia gestionale.

IL CRITERIO DELL' INTERESSE O VANTAGGIO PER L'ENTE

Ai fini dell'imputazione del fatto di reato all'ente, oltre al rapporto qualificato tra la società e l'autore materiale dell'illecito, è necessario un collegamento ulteriore: il reato deve essere commesso *nell'interesse o a vantaggio* dell'ente stesso (art. 5 comma 1).

Sulla interpretazione dei concetti di *interesse* e *vantaggio*, l'indirizzo interpretativo seguito dalla giurisprudenza maggioritaria, conformemente alla tesi sostenuta nella relazione di accompagnamento al D.Lgs. 231/2001, ritiene che i due concetti siano diversi e debbano pertanto essere tenuti distinti, anche se ai fini della configurabilità della responsabilità dell'ente essi possono ricorrere alternativamente.

L'*interesse* ha un'indole soggettiva, inequivocabilmente riferibile alla sfera volitiva della persona fisica che agisce: deve quindi essere valutato *ex ante*. Il *vantaggio* invece assume connotati più marcatamente oggettivi, potendo essere conseguito dall'ente come conseguenza della commissione del reato anche in assenza di un fine *pro societate*, pertanto richiede sempre una verifica *ex post*.

La responsabilità dell'ente non si configura se i soggetti qualificati hanno agito *nell'interesse esclusivo proprio o dei terzi* (art. 5 comma 2). La disposizione va interpretata nel senso che «deve escludersi la responsabilità dell'ente pur qualora questo riceva comunque un vantaggio dalla condotta illecita posta in essere dalla persona fisica, laddove risulti che il reo ha agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi: in tale evenienza si tratterebbe di un vantaggio *fortuito,* come tale non attribuibile alla volontà dell'ente» (Cass. Pen. Sez. VI 2 ottobre 2006, n. 32627).

I REATI CHE DETERMINANO LA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE COLLETTIVO

In ottemperanza al principio di legalità di cui all'art. 2 del D.Lgs. 231/2001, l'ente risponde non di qualunque reato commesso dalla persona fisica nel suo interesse o a suo vantaggio, ma soltanto di quelle fattispecie penali espressamente previste dalla legge quali *reati-presupposto* della responsabilità amministrativa degli enti collettivi.

Il catalogo dei reati presupposto, originariamente costituito da pochi delitti in materia di criminalità economica, è stato progressivamente ampliato sino a ricomprendere molteplici tipologie delittuose, gran parte delle quali esulano dall'area del diritto penale dell'economia.

Il nucleo originario dei reati imputabili alla persona giuridica è quello costituito dalle fattispecie di frode, concussione e corruzione previste dagli artt. 24 e 25 del decreto sin dalla sua entrata in vigore; i reati di corruzione e concussione sono stati oggetto di complessiva rivisitazione tramite la Legge 190/2012.

Poco dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 231/2001, sono entrati nel novero dei reati che determinano la responsabilità dell'ente un elenco di falsi nummari (introdotti

dalla legge 23 novembre 2001 n. 409, e inseriti nell' art. 25 bis del d.lgs. 231), che a ben vedere non risultano nel nostro paese di frequente realizzazione all'interno di imprese che non siano intrinsecamente criminali. Dunque, lungi dal corrispondere a esigenze di politica criminale concretamente avvertite nel nostro ordinamento, la loro introduzione è stata determinata dalla necessità di adeguamento della normativa italiana alle indicazioni provenienti dalla Comunità europea (Decisione quadro del Consiglio del 29 maggio 2000), giustificate dalla circostanza che in numerosi paesi dell'Unione Europea la fabbricazione delle banconote e delle monete è affidata a società private.
Ben più significativo l'inserimento (ex art. 3 D.Lgs. 61/2002) dei reati societari nell'ambito applicativo del decreto 231, precisamente all'art. 25ter.
Successivamente, sono stati inclusi all' art. 25quater i delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (Legge 14 gennaio 2003, n. 7, sulla repressione del finanziamento del terrorismo) e all' art. 25quinquies i delitti contro la personalità individuale (Legge 11 agosto 2003, n. 228).
L'inserimento delle suddette fattispecie nel novero dei reati-presupposto estende l'ambito applicativo del diritto punitivo degli enti al di fuori della tipica area della criminalità d'impresa e si rivolge in primo luogo ad un contesto caratterizzato essenzialmente da *imprese-associazioni criminali*.
Più coerente con l'obiettivo originario del D.Lgs. 231/2001, connesso alla repressione delle più gravi forme di criminalità del profitto, appare l'introduzione, ad opera della legge 18 aprile 2005 n. 62, dell'art. 25sexies, che disciplina i reati di abuso di informazioni privilegiate e di manipolazione del mercato, per i quali è prevista, analogamente ai reati societari, l'applicazione della sola sanzione pecuniaria.
Con la legge 9 gennaio 2006 n. 7, è stato poi aggiunto al catalogo dei reati-presupposto l'art. 25quater-1 che prevede la responsabilità dell'ente nella cui struttura vengono realizzate pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili sanzionate all'art. 583bis c.p. La norma si caratterizza per un particolare rigore repressivo, poiché, da un lato, sul piano dell'imputazione del reato, sembrerebbe configurare una responsabilità quasi oggettiva dell'ente all'interno del quale siano effettuate tali pratiche; dall'altro, sul piano sanzionatorio, laddove prevede espressamente l'applicazione delle più gravi sanzioni interdittive elencate all'art. 9 comma 2 del D.Lgs. 231 (applicabili anche in via cautelare), che con riferimento alle case di cura convenzionate comportano la revoca dell' accredimento.
Nel medesimo contesto temporale sono state introdotte importanti novità sul fronte del crimine organizzato internazionale: la legge 6 marzo 2006, n. 146 - di esecuzione e ratifica della c.d. convenzione di Palermo del 15 dicembre 2000 e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale - ha esteso la responsabilità degli enti a una serie di reati aventi il carattere della

transnazionalità (precisamente, i reati di *Associazione a delinquere*, *associazione di stampo mafioso, Associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri*, *Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope*, reati di riciclaggio e di impiego di denaro di provenienza illecita, reati in materia di immigrazione clandestina, e infine i delitti di cui agli art. 378 c.p. *favoreggiamento personale*, e art. 377bis c.p. *induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria*). Ai sensi dell'art. 3 della legge 146/2006, per *reato transnazionale* si intende quello punito con la pena della reclusione non inferiore nel massimo a quattro anni, qualora sia coinvolto un gruppo criminale organizzato, nonché: a) sia commesso in più di uno Stato; b) ovvero sia commesso in uno Stato, ma una parte sostanziale della sua preparazione, pianificazione, direzione o controllo avvenga in un altro Stato; c) ovvero sia commesso in uno Stato, ma in esso sia implicato un gruppo criminale organizzato impegnato in attività criminali in più di uno Stato; d) ovvero sia commesso in uno Stato, ma abbia effetti sostanziali in un altro Stato.

Una ulteriore e rilevante integrazione all'elenco dei reati imputabili alla persona giuridica è stata compiuto dalla legge 3 agosto 2007, n. 123 - recante *Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia* - che ha introdotto all'art. 25septies i delitti di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro. La norma è stata poi ulteriormente modificata, sotto il profilo sanzionatorio, dall'art. 300 del D.Lgs. 30 aprile 2008 n.

81, che ha previsto, nelle ipotesi più gravi, l'applicazione di una sanzione pecuniaria non inferiore a mille quote e le sanzioni interdittive di cui all'art. 9 comma 2 del D.Lgs. 231/2001, per un periodo non inferiore ai tre mesi e non superiore a un anno.

Si tratta della prima estensione della responsabilità degli enti a fattispecie colpose, che ha sollevato non pochi dubbi sulla interpretazione in tali ipotesi del criterio di imputazione oggettiva di cui all'art. 5 del decreto 231, orientato su responsabilità individuali dolose. Il profilo maggiormente problematico riguarda la compatibilità del requisito dell'*interesse* (che richiede il compimento di un'azione con l'intento di realizzare un'utilità futura per l'ente) con la natura colposa dei reati previsti dall' art. 25-septies.

In seguito, con il D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 23, in attuazione della direttiva 2005/60/CE, è stato introdotto l'art. 25octies che estende la responsabilità degli enti ai delitti di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, che fungono da asse di collegamento tra l'economia legale e quella illegale.

La legge 18 marzo 2008 n. 48 ha successivamente previsto l' art. 24bis che include nel catalogo dei reati-presupposto una serie di fattispecie in tema di criminalità informatica, tra le quali assumono particolare rilievo per le case di cura le ipotesi di falsità connesse alla formazione e all'uso del documento informatico. Queste ultime possono in astratto ricorrere nel caso del medico che compila, nell'esercizio delle sue funzioni, la cartella clinica elettronica inserendovi dati non veritieri (falso ideologico) ovvero procede alla alterazione materiale del documento informatico (si pensi a eventuali modificazioni, integrazioni, cancellature della cartella clinica digitale in un momento successivo a quello nel quale la stessa deve essere effettivamente redatta).

Tra le più significative modifiche dell'ormai amplissimo elenco di illeciti imputabili all'ente si segnala poi (secondo un ordine cronologico) il recente inserimento dell'art. 24ter che ha previsto tra i reati presupposto anche una serie di delitti di criminalità organizzata (che inizialmente, ai sensi della legge 146/2006, assumevano rilievo ai fini della responsabilità amministrativa prevista dal decreto 231 solo se aventi il connotato della transnazionalità). Precisamente, le ipotesi delittuose sono quelle di cui agli artt. 416 c.p., 416 comma 6 c.p., 416bis c.p., 416ter c.p., 630 c.p.; art. 74 DPR 9 ottobre 1990, n. 309; art. 407, comma 2, lett. a) numero 5) c.p.p.

Da ultimo, con la legge 23 luglio 2009, n. 99, sono stati altresì inseriti nel Decreto 231: l'art. 25bis lett. f bis, che ha incluso i delitti di contraffazione, alterazione di marchi, brevetti e segni distintivi (art. 473 c.p.) e di introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi (art. 474 c.p.); l'art. 25 bis-1 avente ad oggetto i delitti contro l'industria e il commercio; e l'art. 25novies che fa riferimento ai delitti in materia di violazione del diritto d'autore.

Nello stesso art. 25novies, con la legge 3 agosto 2009, n. 116, è stato inserito il reato-presupposto di *induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria* (di cui all'art. 377bis c.p.) che, con l'art. 2 del D.Lgs. n. 121/2011, è oggi contenuto all'autonomo art.25decies. Peraltro, con la medesima normativa il legislatore ha introdotto, all'art. 25undecies del D.Lgs. 231/2001, anche taluni reati ambientali, in ottemperanza agli obblighi scaturenti dalle direttive 2008/99/Ce sulla tutela penale dell'ambiente e 2009/123/Ce sull'inquinamento provocato dalle navi. La maggior parte delle fattispecie inserite nel catalogo sono contravvenzioni dolose ma anche colpose. Si ripropongono, pertanto, le perplessità, già segnalate in occasione della introduzione della responsabilità ex D.Lgs. 231/2001 per i delitti contro la vita e l'incolumità personale commessi con violazione della normativa antinfortunistica, circa la compatibilità del criterio di imputazione dell'interesse dell'ente con la struttura colposa delle disposizioni in parola.

Il decreto legislativo 16 luglio 2012 n. 109, in occasione dell'Attuazione della direttiva 2009/52/CE che introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare, con l'art. 2, ha aggiunto al catalogo dei reati presupposto l'art. 25duodecies, con riferimento all'Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare, previsto dall'articolo 22, comma 12bis, del D.Lgs. 25 luglio 1998 n. 286 (T.U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e successivi aggiornamenti).
Nel quadro degli interventi di ampliamento del catalogo dei reati presupposto, infine, si è già avuto modo di segnalare la recente legge 6 novembre 2012 n. 190 che, come si è visto, ha inserito nel catalogo dei reati-presupposto della responsabilità amministrativa degli enti sia il delitto di induzione indebita di cui all'art. 319quater c.p. sia quello di corruzione tra privati di cui all'art. 2635 c.c.

CRITERI SOGGETTIVI D'IMPUTAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE

La realizzazione di un *reato presupposto* nell'interesse o a vantaggio dell'ente da parte di un soggetto qualificato sono condizioni necessarie ma non sufficienti per il sorgere della responsabilità a carico dell'ente. Il D.Lgs. 231/2001 richiede infatti anche requisiti di natura soggettiva destinati a circoscrivere ulteriormente l'ambito applicativo del sistema di responsabilità amministrativa da reato delle imprese.
Precisamente, il meccanismo d'imputazione soggettiva del reato all'ente (artt. 6 e 7 D.Lgs. 231/2001) è incentrato su un modello di colpevolezza normativa *sui generis*, ritagliata sulle caratteristiche strutturali dell'organismo collettivo: si tratta di una colpevolezza concepita pur sempre come *rimproverabilità soggettiva*, ma peculiarmente connessa al fatto che il reato sia espressione della politica aziendale o derivi da una *colpa di organizzazione*, che consiste nel "*non avere adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi*".
In particolare, la normativa prevede una differente disciplina del criterio d'imputazione soggettiva a seconda della posizione rivestita all'interno della struttura aziendale dal soggetto che si è reso autore del reato presupposto.
Nell'ipotesi in cui il reato, commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente, sia opera dei *soggetti che rivestono funzioni apicali* (art. 6 comma 1, D.Lgs. 231) si assiste a un'inversione dell'onere probatorio, che viene posto a carico dell'ente: e cioè per sottrarsi al relativo giudizio di responsabilità, dovrà essere l'ente a dimostrare di essersi adoperato al fine di prevenire la commissione di reati da parte di coloro che, essendo al vertice della struttura, si presume che abbiano agito illecitamente secondo la volontà dell'impresa.

In altri termini, la commissione del reato da parte di un *soggetto apicale* è condizione sufficiente a configurare la responsabilità dell'ente, a meno che l'ente, su cui grava un preciso onere probatorio, non dimostri che:

a) l'illecito sia stato realizzato nonostante la previa *adozione di un modello di organizzazione, gestione e controllo* (art. 6 comma 1, lett. a)
b) la violazione della legge penale sia stata frutto dell'*elusione fraudolenta del modello da parte dell'apice* (art. 6 comma 1, lett. c)
c) era stato *istituito* al suo interno, prima della commissione del fatto di reato, *un "organismo di vigilanza", dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, con il compito di vigilare sull'osservanza dei modelli organizzativi e di curare il loro aggiornamento* (art. 6 comma 1 lett. b)
d) e che la commissione del reato *non sia derivata dal mancato o negligente assolvimento dei compiti di vigilanza da parte del suddetto organismo* (art. 6 comma 1 lett. d)

Se dunque la società fornisce la prova di avere ottemperato ai suddetti requisiti, non sarà ritenuta responsabile del reato accertato, del quale risponderà penalmente soltanto la singola persona fisica che lo ha commesso.
In ogni caso, con riferimento ai casi di reati posti in essere da soggetti apicali, il comma 5 dell'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 stabilisce che quand'anche l'impresa collettiva dimostri l'assenza di colpa organizzativa, *«è comunque disposta la confisca del profitto che l'ente ha tratto dal reato, anche nella forma per equivalente».*

Per i reati commessi dai *"soggetti sottoposti all'altrui direzione"*, invece, l'art. 7 del decreto dispone che l'ente sarà ritenuto responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile *"dall'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza"*, aggiungendo che quest'ultima è da ritenersi esclusa (con conseguente esonero da responsabilità) *"se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire i reati della specie di quello verificatosi"*. Pertanto, la *colpa di organizzazione*, rientrando tra gli elementi costitutivi dell'illecito, è posta a carico dell'accusa.
Quindi, a differenza del meccanismo di esonero previsto per i reati degli apicali, nel caso di reati commessi dai *sottoposti* l'adozione e l'attuazione del modello esenta l'ente da responsabilità, a meno che l'accusa riesca a provarne la non reale adozione o la non effettiva attuazione.
In proposito è bene precisare che benché la differenziazione dei criteri d'imputazione soggettiva posta dagli artt. 6 e 7 del decreto, stando al tenore letterale delle disposizioni, potrebbe indurre a ritenere opportuna l'adozione di due diversi modelli di prevenzione dei reati, ossia uno per gli illeciti commessi dai soggetti apicali e uno per gli illeciti commessi dai soggetti subordinati,

l'orientamento prevalente (che è stato peraltro accolto anche dalle associazioni di categoria) sostiene la tesi della unicità del modello di organizzazione gestione e controllo per entrambe le categorie di soggetti. A riguardo si mette in evidenza come l'identità di funzione dei modelli comporti l'esistenza di un unico istituto, caratterizzato da una disciplina unitaria ricavabile dal complesso delle norme in materia di modelli (e cioè gli artt. 6 commi 2 e 3, e 7 commi 3 e 4, D.Lgs. 231/01), che si dovrebbe quindi applicare sia ai reati degli apicali sia ai reati dei sottoposti.

I.b Presupposti per l'esonero da responsabilità

L'adozione e l'efficace attuazione di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo alla prevenzione dei reati-presupposto, e rispondente ai requisiti indicati dagli artt. 6 e 7 D.Lgs. 231/2001, se antecedente alla commissione del reato, è causa di esonero dalla responsabilità amministrativa/penale delle società. Nell'ambito della giurisprudenza di legittimità si è consolidato il principio di diritto secondo cui l'*esimente* prevista dall'art. 6 trova applicazione solo qualora l'ente riesca a dimostrare di aver adottato un modello organizzativo *idoneo*. Precisamente, la Cassazione ha di recente affermato che l'adozione del modello organizzativo «*è condizione necessaria, ma non sufficiente per non incorrere nella responsabilità amministrativa regolata dal d.lgs. 231. Ove il Modello non sia stato adottato nei termini prescritti, infatti, l'ente risponde dell'illecito collegato al reato presupposto, a meno che non dimostri che il suo esponente apicale abbia agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi*» (Cass. Pen. 9 luglio 2009 n. 36083).
Peraltro occorre sottolineare, come ha ben messo in evidenza la stessa Relazione governativa di accompagnamento al D.Lgs. 231/2001 (al punto 3.3.), che il «*requisito indispensabile perché dall'adozione del Modello derivi l'esenzione da responsabilità dell'ente è che esso venga anche efficacemente attuato: l'effettività rappresenta dunque un punto qualificante e irrinunciabile del nuovo sistema di responsabilità*».

Il modello organizzativo può essere definito come un insieme di regole a contenuto cautelare di natura procedimentale, adottate all'interno dell'ente, dirette a prevenire il rischio che nello svolgimento dell'attività aziendale vengano commesse quelle tipologie di reati dei quali l'ente stesso può essere chiamato a rispondere (ai sensi degli artt. 24 e ss. del D.Lgs. 231/2001). Come è stato sottolineato in giurisprudenza, «*il modello deve prevedere in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a*

garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio» (Ord. Trib. Milano, 20 settembre 2004).

Esso può dunque essere considerato uno *strumento di gestione del rischio* (o *risk management*), in quanto, a seguito dell'introduzione della disciplina contenuta nel D.Lgs. 231/2001, la commissione di determinati reati e la conseguente applicazione delle pesanti sanzioni per essi previste rappresentano per l'ente *un rischio da gestire e prevenire*. Lo stesso art. 6 comma 2 del decreto, nell'individuare il contenuto minimo dei modelli di organizzazione, cui è subordinata la loro idoneità e validità, richiede l'implementazione di un tipico sistema di gestione dei rischi (*risk management*) composto di due momenti fondamentali: l'individuazione dei *rischi-reato* e l'elaborazione di un sistema di controllo.

In dettaglio, la predisposizione del Modello organizzativo si articola nelle seguenti fasi:

a) Mappatura delle attività a rischio-reato (c.d. risk assessment) (art. 6, comma 2 lett. a). La prima operazione da effettuare nella redazione di un *compliance program* è quella della individuazione delle attività nell'ambito delle quali appare radicato il rischio di commissione di illeciti penali e delle modalità operative mediante le quali tali illeciti potrebbero essere commessi. In questa fase dunque è necessario svolgere una ricognizione a tappeto dei fattori di rischio e degli elementi di criticità presenti nelle attività dell'azienda. In particolare, il procedimento di *mappatura* delle aree a rischio reato può essere scandito nei seguenti interventi:

- individuazione delle aree potenzialmente a rischio reato
- rilevazione dei processi *sensibili* ai fini delle ipotesi di reato perseguibili, mediante la selezione delle attività al cui espletamento è connesso il rischio di commissione dei reati, indicando le direzioni e i ruoli aziendali coinvolti
- rilevazione e valutazione del grado di efficacia dei sistemi operativi e di controllo già esistenti, allo scopo di reperire i punti di criticità rispetto alla prevenzione del rischio reato
- indagine *retrospettiva* avente ad oggetto la *storia* dell'ente, al fine di valutare la sua eventuale propensione all'illegalità
- descrizione delle possibili modalità di commissione dei reati allo scopo di costruire i protocolli preventivi

b) Protocolli di gestione del rischio reato (risk management) (art. 6, comma 2 lett. a). La seconda fase consiste nella predisposizione di *protocolli di decisione*, ossia regole procedurali che disciplinano l'attuazione e la formazione delle decisioni dell'ente in quelle attività che presentano aspetti di criticità e dalle quali potrebbe trarre origine la realizzazione di reati. È importante che i protocolli individuino i soggetti che prendono le decisioni in nome e per conto dell'ente, nonché i parametri cui attenersi nelle scelte. I protocolli dovrebbero ispirarsi al *"principio di separazione delle funzioni"*, in base al quale nell'ambito di un processo a rischio *"i soggetti che intervengono in una fase non possono svolgere alcun ruolo nelle altre fasi del processo decisionale"*: ciò al fine di evitare che il processo decisionale sia accentrato nelle mani di un'unica funzione, con il rischio di ingenerare conflitti di interessi capaci di far lievitare il rischio reato.
È altresì opportuno che ciascuna operazione risponda al requisito della tracciabilità, sì da risultare individuabile, verificabile e trasparente.

c) Gestione delle risorse finanziarie (art. 6 comma 2 lett. c).
In terzo luogo, il Modello di organizzazione deve regolare la *gestione delle risorse finanziarie* prevedendo la creazione di meccanismi interni all'ente diretti a garantire la *tracciabilità dei flussi finanziari*, cioè la possibilità di ricostruire *ex post* il percorso compiuto del denaro dal punto di partenza a quello di arrivo, e l'*imputazione del pagamento*, ossia la possibilità di individuare in modo certo il titolo del pagamento: obiettivi realizzabili attraverso regole che impongano la documentazione dei pagamenti, relativamente alla forma, al contenuto e ai soggetti tenuti all'obbligo di documentazione. Tali regole cautelari mirano a prevenire l'uso illecito di fondi da parte delle società, normalmente realizzato previo occultamento della loro gestione (c.d. fondi *neri*).
In giurisprudenza, con riferimento alla gestione delle risorse finanziarie, è stato affermato che il modello di organizzazione deve porre particolare attenzione ai meccanismi di creazione dei fondi extracontabili, alle modalità di redazione della contabilità, alle modalità di redazione dei bilanci, ai meccanismi di fatturazione infragruppo, agli spostamenti di liquidità da una società all'altra del gruppo (Trib. Milano 20 settembre 2004).

d) Obblighi di informazione (art. 6 comma 2 lett. d).
Il quarto requisito richiesto dalla legge per l'idoneità del modello di organizzazione, gestione e controllo riguarda la previsione di *obblighi di informazione* nei confronti dell'organismo dell'ente deputato a vigilare

sull'osservanza e sul funzionamento dei modelli. In particolare, l'art. 6 comma 2 lett. d) richiede che il modello organizzativo predisponga misure di monitoraggio dei comportamenti da parte dei soggetti che operano all'interno dell'azienda, al fine di vagliarne l'aderenza agli *standards* previsti dal modello. Dunque, il modello per essere idoneo ed efficace deve stabilire:

- Strumenti di informativa per ciascuna area a rischio-reato tanto più penetranti quanto più è elevato il rischio di commissione dei reati per l'area selezionata o aree contigue
- Obblighi di informazione periodici con riferimento ad una determinata area di rischio, ovvero in relazione all'evoluzione di una specifica attività connotata da elementi di rischio o ancora, in presenza di una *red flag* (o evento *sentinella*) che si sia manifestata nel corso dell'attività
- Procedure che garantiscano la riservatezza degli autori delle informative, proteggendoli al contempo da eventuali ritorsioni

e) Sistema sanzionatorio-disciplinare (art. 6 comma 2 lett. e; art. 7 comma 4 lett. b).

L'efficace attuazione del modello presuppone poi l'adozione di un efficiente *sistema sanzionatorio-disciplinare* diretto a garantire il rispetto concreto delle disposizioni e delle procedure contenute nel Modello di organizzazione. A tal fine, esso deve essere redatto per iscritto e reso conoscibile a tutti i soggetti interessati, nel rispetto del principio della pubblicità delle sanzioni (L. 300/1970). In particolare, un efficace ed effettivo sistema sanzionatorio deve contenere misure concrete, proporzionate alla gravità delle violazioni e dirette a colpire non soltanto i comportamenti che costituiscono reato, ma anche quelle condotte che si traducono in mere deviazioni dalle regole formalizzate dal modello e che potrebbero costituire le fasi preparatorie dell'illecito.

Nello specifico, la struttura di un adeguato *sistema sanzionatorio-disciplinare* deve prevedere:

- i soggetti destinatari delle sanzioni disciplinari (distinguendo tra soggetti apicali, sottoposti e collaboratori esterni)
- l'arsenale sanzionatorio, diversamente articolato a seconda del ruolo dei destinatari
- i criteri di commisurazione della sanzione
- le condotte da sanzionare, distinguendo, in punto di gravità, tra quelle che si risolvono in mere violazioni formali e le violazioni

"penalmente" rilevanti, che possono cioè determinare la responsabilità dell'ente ai sensi del decreto 231

- il procedimento di irrogazione delle sanzioni, con l'indicazione dell'organo competente ad applicare la sanzione

In particolare, con riferimento alle istituzioni ospedaliere private accreditate, le Linee Guida AIOP vigenti affermano che, nell'assenza di disposizioni all'interno del D.Lgs. 231/2001 che indichino le caratteristiche fondamentali del sistema sanzionatorio-disciplinare, deve ritenersi che *«la violazione di qualunque regola di condotta prevista nel Modello da parte dei dipendenti debba essere equiparata alle violazioni considerate dal C.C.N.L.»*, e che possano conseguentemente essere applicate le procedure e le relative sanzioni ivi previste.

Per quanto concerne l'esercizio del potere sanzionatorio nei confronti dei c.d. *collaboratori esterni* (collaboratori a rapporto libero-professionale), ossia coloro che non sono legati all'azienda da un rapporto di lavoro subordinato, il Modello potrà prevedere che nel relativo contratto siano inserite apposite clausole penali ex art. 1382 c.c. oppure clausole risolutive espresse ex art. 1456 c.c. dirette a sanzionare le violazioni più gravi.

Nei confronti delle violazioni degli amministratori (oltre all'applicabilità di una vasta gamma di sanzioni, che vanno dalla ammonizione verbale o scritta sino alla sospensione temporanea o, finanche, alla destituzione dalla carica) l'ente potrà sempre esercitare l'azione di responsabilità ai sensi degli artt. 2393 c.c. In ogni caso, le Linee Guida AIOP 2009 suggeriscono di sanzionare le violazioni dolose del modello organizzativo da parte degli amministratori con la revoca dalla carica e da qualsiasi diritto anche economico.

L'art. 7 comma 4 del decreto 231 individua poi quale ulteriore aspetto qualificante cui è subordinata l' efficace attuazione del Modello: la sua verifica periodica e il suo aggiornamento, quando siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività.

Quanto ai requisiti del Modello di organizzazione per la prevenzione dei reati colposi in materia di sicurezza del lavoro (previsti dall'art. 25 septies), nella ricostruzione interpretativa della disciplina applicabile occorre altresì tener conto dell'art. 30 D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81(T.U. sicurezza), che ha introdotto, per la prevenzione dei reati-presupposto di cui all' *art. 25septies* (*omicidio e lesioni colpose commesse con violazione delle norme antinfortunistiche*), una nuova

tipologia di *compliance program in materia di sicurezza sul lavoro*, che appare diversa dal modello delineato dall'art. 6, non solo in relazione alle finalità, ma anche per i contenuti.
In questo senso, l'azienda si è dotata di un sistema di gestione della sicurezza sul lavoro certificato secondo lo standard BS OHSAS 18001.

SANTA BARBARA HOSPITAL

SEZIONE II MOC - IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

II.a La società: storia, attività e contesto socio economico

Il SANTABARBARA HOSPITAL è un ospedale privato che fa parte dell'insediamento urbanistico Macchitella ideato dall'ENI negli anni '60, frutto della visione di Enrico Mattei, destinato ad accogliere lavoratori del polo petrolchimico. Negli anni '70 l'ordine religioso che gestiva la Clinica Santa Barbara si sposta in Africa per missione. Un gruppo di medici provenienti da altre zone della Sicilia, portatori di idee in qualche modo *visionarie*, raccoglie la sfida di gestire un piccolo ospedale dell'ENI a centinaia di chilometri di distanza.
Nasce così, il 5 novembre 1976, la SO.GE.SA. S.p.A.
Da allora il SANTABARBARA HOSPITAL ha fatto grandi passi avanti nella direzione di una maggiore efficienza gestionale e della qualità dei servizi.
Lo scenario sanitario, infatti, è oggi sempre di più uno scenario dinamico che impone continui e veloci aggiustamenti e cambiamenti di rotta, e comporta adozione di modelli organizzativi via via più complessi.
Oggi il SANTABARBARA HOSPITAL è un ospedale, non è più una clinica; è una realtà che punta all'eccellenza nei settori strategici di attività come ortopedia, terapia del dolore, neurologia, riabilitazione intensiva, cardiologia, diagnostica per immagini e che ha adottato strategie innovative sotto il profilo organizzativo e tecnico.
Il SANTABARBARA HOSPITAL ha scelto di essere un modello di *ospedale sostenibile*. L'idea della sostenibilità comprende, la promozione di una sanità che metta al centro la persona, che aiuti a combattere e prevenire il dolore, una sanità capace di promuovere buone pratiche nei confronti degli utenti, dell'ambiente, del tessuto economico. Ciò significa, tra l'altro, creare strutture ospedaliere *libere dal*

dolore, alimentate con energie rinnovabili, organizzate in funzione dell'umanizzazione della medicina, e che riescano a promuovere la filiera corta dell'economia legata alla terra, utilizzando per le proprie mense prodotti biologici provenienti da aziende del territorio.
Il SANTABARBARA HOSPITAL è una struttura sanitaria accreditata con il SSN, che eroga prestazioni di ricovero in regime ordinario, Day Hospital e Day Service per le seguenti Unità Funzionali:

AREA CHIRURGICA 25 posti letto
• Ortopedia 20
• Chirurgia generale 5

AREA MEDICA 65 posti letto
• Medicina generale 5
• Cardiologia 10
• Neurologia 20
• Riabilitazione 25
• Lungodegenza 5

Sono inoltre accreditati con il SSN, il Laboratorio di Analisi Cliniche, il servizio di Diagnostica per Immagini e sei posti letto per attività libero-professionale.
L'amministrazione si occupa della gestione economica, giuridica e tecnica del SANTABARBARA HOSPITAL, provvedendo anche all'accettazione amministrativa dei pazienti.
Gli uffici preposti alla gestione amministrativa sono:
• Ufficio delle risorse umane
• Ufficio acquisti
• Ufficio contabilità
• Ufficio accettazione

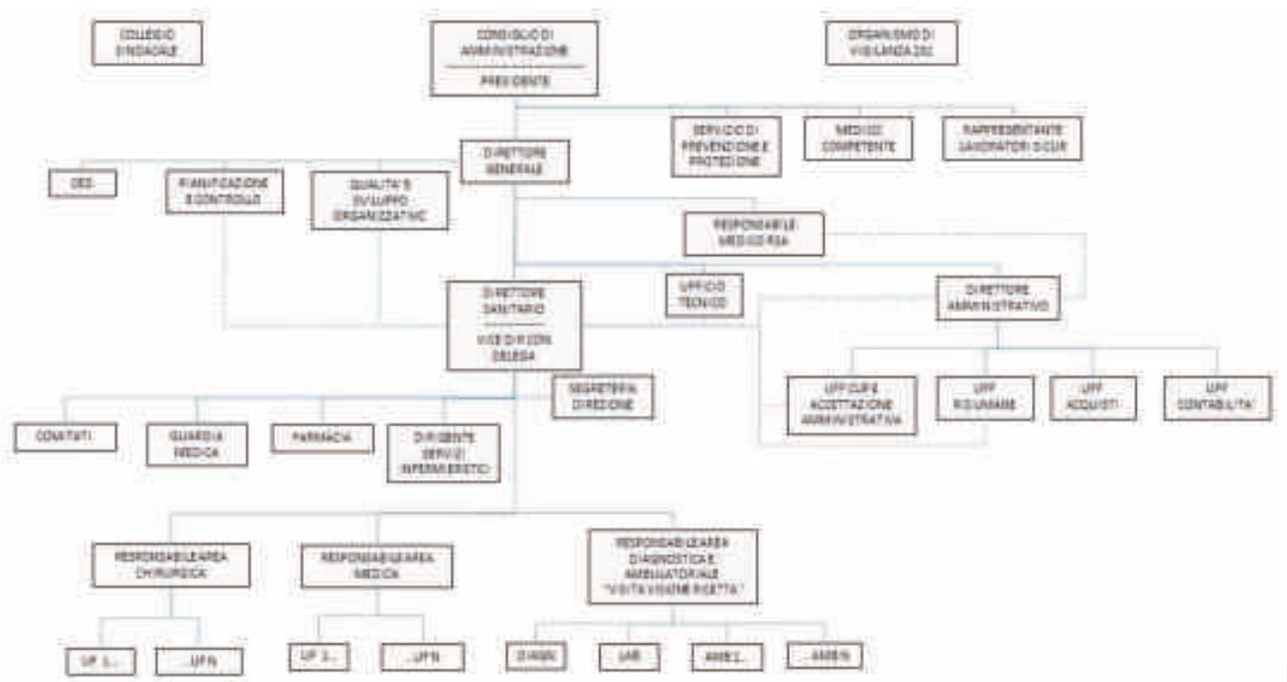
La Residenza Sanitaria Assistita (RSA) è il nuovo servizio in funzione presso il SANTABARBARA HOSPITAL dall'aprile 2014. È una struttura residenziale finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale.
La RSA è stata autorizzata con DDG area 5 accreditamento istituzionale n. 064/2014 del 29/01/2014, provvedimento N° 07 del 26/09/2013 ASP CL, è convenzionata con l'azienda sanitaria provinciale (ASP) per n. 20 posti letto.
La RSA del SANTABARBARA HOSPITAL è l'unica struttura residenziale in Sicilia ad avere un diretto collegamento con una struttura ospedaliera privata. Questa

lmBhpNO5ldmhedpITBnOhdNpOm155OBHOeOPdmhOlldHheelPI-hchHOBblTlnRNh55Ohndc odNB

1O6- , lmBhTOndC h Rmd TPO5ld bl TOeRBh lm nRl Rm pNRPPd bl TPhnlOdTB E phNOBNdTlOBNlmohNC lhNdTldBhNOPITBedpdPhbITBdPhNOBlNTdnldOTTITBhm5lOd hbRnOBlN E Tl PNhmbh nRNO bhl TRdl dTPIBlm phmhNh ObReB h Om5lOml mdm ORBdTRodnlhmB7NObl5ldmOeC hmBhSRhTBlTPO5ldblTOeRBh, lmTlhC heOoOC lpdOhoO PNdPNO nOTO t Rf OnnObhNh Ommi h ni h lm ThpRlBl O TlBRO5ldml bl TOeRBh PONBndeONC hmBhblodnldTlHObOlmmdmBNlONndHhNBhC PdNOmhlPNhTTdTBNRBBRNh dTPhbOdhNhm SRhTBnOTlle C dC hmBlblPOTTOppldbOeedTPhbOehOeeOnOTOmdm ThC PNh, blNhBBlC Oi OalTdpmdblRmPhNdbdblPNhPONO5ldmhblTdTBhpmdhbl NnnRPhNdbheeOTOeRBh

t hNllePhNThpRlC hmBlbheehdmOdB TdPNObhTnNlBBhedG5lhmbOTl, bdBOBOblRm ObhpROBl dNpOmlpNOC C O SRl NPdNBOBl mheeO HhNTldmh HphmBh OeeO bOBO bheeGlbd5ldmhbhe dbheedblldNpOm155O5ldmh

r 6 A 6 - A7 6 6 r - t 7 1
ndmnOblOpmdTBnO OC aReOBlN



r 6 A 6 - A7 6 6 r - t 7 1
6hTIbhm5O- OmIBONO TTITBBO 6-

II.b Funzione, scopo e struttura del MOC

AhecSRObNdbIcSROmBdTdPNOcbhTnNBBdhmmeOndmTOPhHdeh55OcbhecNTni IdpNOHOmBh TRecG05IhmbO OeO eRnh bhech OBBHB THdeBh h bhe ndmBhTBd TdnIdhndmdC Ind bI NdhNC hmBd oRm5IdmhhTndPdbhe dbheedbIdNpOm155O5IdmhphTBdmhhndmBNeed bhe- , eObhdm15IdmhbIRmTITBhC ObIPNdBIndeePhNdlendmBNeedImBhNmdhOb hodnOnIOhTBhNmOOeedTndPdbINmbhNhndmTOPhHdeBREBndeeINdni hndmBNaRITndmd OeO NhOd55O5IdmhbhpedalhBBHbhe- bhecNTni IdbIPdNhImmhTThNhOmmi h ImmdmTOPhHdeC hmBhndmbdBBhImndmBNOTBdndmehdmOdB PNhHhmBHhbhe 1pT hPhNBOmBdbIPNhHhmNhOndC C ITTIdmhbheehTBhTTh BOedmh, mhnhTTONdbhmBdnONhehOBBHB ONTni IdbIndC C ITTIdmhbIRmddPI- bhI NhOBPNhTRPPdTBd nb *attività sensibili* BOd OBBHB bhHdmd hTThNh ObhpROBOC hmBhbdnRC hmBOBhTIOTdBBdIePNdeedbhnITIdmOehni hTdBBdIePNdeed dPhNOBHdOodmi zTIOmdbITPdmIaIddmSROeRmSRhC dC hmBdImodNC O5Idmh

- OTReehNOpIdmIni hi OmmdPdNBOBdOendC PIC hmBdbheeGBBHB dHndC PNhTO eO HOeREO5Idmh bhI PNhTRPPdTBd h bheeO ndNhBBh55O bhpe TBhTTI TdTBmIaIdB pIRNbInd hndmdC InO hb dPhNOBHO mdmi z NTPhBBd bhe PNmmIPIdbIC dBHO5Idmh
- TRI TdppheBBni h odNmTndmd ehmmnhTTONh ORBdN55O5Idmh hPNhTIbIOmdIe ndC PIC hmBd
- TReeOndmmNhBOOBBRO5Idmh mhe NTPhBBd bhI PNhTRPPdTBd

thNBOmBdIe dbheed TONI IC PNdmBOBd OeO ni IONh55O h BNOTPONhm5O C hbIOmBh eO ndNhBBO odNC Oe55O5Idmh h ThPONO5Idmh bhI NRdeeIm PONBndeONh PhNI SROmBd ndmmhNmh eGBBNaR5Idmh bI NhTPdmTOaIdB h NRdeebI NOPPNhThmBOm5O hTBhNmO eO

definizione delle linee gerarchiche e delle attività decisionali e operative riservate, il tutto tenuto conto della reale articolazione del SBH.
A tal fine devono quindi essere soddisfatte le esigenze di:

a) conoscibilità dei processi decisionali ed operativi all'interno dell'azienda
b) chiara definizione delle linee di riporto
c) formale delimitazione dei ruoli sotto il profilo decisionale ed operativo ed attribuzione dei relativi poteri, con particolare riferimento ai ruoli di interfaccia nei confronti della committenza e di altri soggetti esterni.

Quanto sopra porterà alla previsione di un articolato sistema di controlli interni i cui componenti sono costituiti da:

a) segregazione delle funzioni e controlli incrociati
b) previsione di flussi qualificati, anche preventivi, verso l'Organismo di Vigilanza e Controllo
c) coinvolgimento dei soggetti esterni eventualmente partecipanti alle attività sensibili in funzione di esplicita validazione delle decisioni della Società ed assunzione di responsabilità.

L'evoluzione normativa e giurisprudenziale rende necessario un approccio peculiare alla costruzione del Modello: l'estensione del novero dei reati-presupposto porta ad inquadrare la medesima attività sensibile quale *luogo* di potenziale commissione di più reati-presupposto (c.d. *plurioffensività* delle condotte) anche appartenenti a *categorie* distinte.
Varrà come esempio il ciclo passivo - gestione degli approvvigionamenti di prodotti e servizi - che può avere refluenze:

a) sugli aspetti contabili e finanziari, anche quale occasione per la creazione di risorse *occulte* da finalizzare a fenomeni corruttivi (tramite il fenomeno della fatturazione per operazioni inesistenti)
b) quale strumento per riconoscere in modo più o meno mediato utilità ad interlocutori pubblici
c) sul raggiungimento dei livelli di servizio nei confronti della committenza pubblica (secondo l'assunto per cui la prestazione sanitaria è costituita anche dal complesso delle *risorse* utilizzate per l'erogazione della stessa)
d) sulla sicurezza sul lavoro, ad esempio in caso di acquisto di Dispositivi di protezione individuale (DPI).

Il Modello di organizzazione, gestione e controllo del SBH è pertanto così strutturato:

a) analisi e mappatura del rischio di commissione dei reati presupposto secondo una prospettiva multidimensionale:

- prospettiva lato-reato: mappatura e inquadramento dei reati presupposto secondo la specifica rilevanza per il SBH e con esemplificazioni delle condotte rilevanti (la successiva Sezione III)
- prospettiva lato-attività sensibile: identificazione delle attività sensibili con riferimenti agli specifici reati presupposto rilevanti ed agli eventuali presidi o protocolli già attivi, formalizzati o meno (c.d. *gap analysis*) con identificazione delle aree di intervento prioritario. L'analisi lato-attività sensibile è riportata nella Sezione V.

b) identificazione tramite *gap analysis* dei presidi esistenti e dei protocolli da attivare o formalizzare (si veda sempre la Sezione V)
c) descrizione di dettaglio dei singoli protocolli e procedure (distinti tra protocolli ex novo, integrazioni di procedure esistenti, formalizzazione di buone prassi esistenti).

Con portata trasversale e *di chiusura* rispetto a quanto sopra descritto, saranno inoltre parte del Modello:

a) Sistema di procure e deleghe (Sezione IV)
b) Sistema sanzionatorio differenziato secondo il ruolo e l'inquadramento contrattuale e con la previsione di specifiche sanzioni per le violazioni del Modello di organizzazione, anche relative all'efficace attuazione del Modello stesso (es. mancata attivazione flussi qualificati verso l'Organismo di Vigilanza)
c) Regolamento dell'Organismo di Vigilanza e Controllo

SBH

RSA

ATTREZZI

SEZIONE III MAPPATURA DEI RISCHI - REATO

Come detto in precedenza, passaggio essenziale per l'identificazione dei profili di rischio e dei relativi protocolli preventivi è evidenziare la rilevanza per il SBH dei c.d. *reati-presupposto* previsti dal D.Lgs. 231/2001.
Riprendendo anche quanto indicato in proposito dalle Linee Guida AIOP, si è optato per una distinzione tra:

d) reati *atipici*, la cui frequenza è statisticamente ridotta o inesistente in relazione all'attività svolta ed allo status giuridico del SBH; tali reati sono oggetto di elencazione sintetica con alcune brevi note, ove opportune, al fine di giustificarne l'esclusione;
e) reati *comuni*, il cui rischio sussiste per la sola esistenza del SBH, ma per i quali non si ritiene esistano fattori di rischio superiori alla media;
f) reati *peculiari*, direttamente connessi alla natura dell'attività svolta o allo status del SBH o per i quali esistano fattori di rischio superiori alla media.

I fattori di rischio sono definiti a livello tipologico in relazione alle caratteristiche ed all'attività svolta dal SBH, alla storia della stessa ed al contesto socio-economico di riferimento (tenuto anche conto della casistica e della giurisprudenza disponibili).
La stima del rischio in concreto presente sarà effettuata in sede di *gap analysis*, tramite l'identificazione del rischio residuo e dei protocolli per la prevenzione degli illeciti.

III.a Reati – presupposto atipici

Sono stati classificati quali atipici i seguenti reati o categorie di reati:

a) reati informatici per la parte relativa all'utilizzo di strumentazione diretta a intercettare, danneggiare o interrompere sistemi informatici o telematici, in quanto presuppone il ricorso a risorse umane e tecniche ad alta specializzazione per lo svolgimento di attività per le quali il potenziale interesse o vantaggio si reputano ridotti.
b) Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti e segni di riconoscimento, con la sola possibile eccezione della spendita data l'alta circolazione del contante derivante da incassi.
c) Delitti contro l'industria e il commercio, in quanto fanno riferimento ad attività di tipo produttivo e di commercializzazione ad oggi estranee all'oggetto sociale della Istituzione Sanitaria.
d) Delitti con finalità di terrorismo e eversione dell'ordine democratico
e) Delitti contro la personalità individuale
f) Abusi di mercato
g) Delitti in materia di violazione dei diritti d'autore

La società procederà a un monitoraggio continuo delle attività aziendali e della casistica rilevante al fine di procedere ad eventuali aggiornamenti del Modello ove si rilevino condotte potenzialmente ascrivibili.

III.b Reati – presupposto comuni

Sono da considerarsi reati comuni quei reati la cui commissione è possibile per la stessa esistenza in vita dell'azienda, e per i quali non si rilevino tuttavia profili di rischio particolarmente elevati:

III.b 1 Reati societari (art.25ter D.Lgs.231/2001, artt. 2621, 2622, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 26929 bis, 2632, 2633, 2636, 2637, 2638 codice civile)

I reati societari devono essere considerati ai fini dell'analisi come categoria unitaria in quanto prevedono specifici criteri per l'imputazione della responsabilità alla Società e per l'identificazione delle persone fisiche dalla cui azione può derivare la contestazione alla Società stessa: in particolare

a) si considera solo il requisito dell'interesse (con esclusione dunque del vantaggio)
b) la definizione di soggetto apicale è ristretta ad amministratori (categoria nella quale fare rientrare tutti gli appartenenti all'organo

dirigente della Società e quindi anche i consiglieri di amministrazione), ai direttori generali ed ai liquidatori

c) i soggetti sottoposti sono solo quelli soggetti a vigilanza dei soggetti apicali sopra richiamati

Per alcuni dei reati societari la configurabilità dell'interesse della Società appare teorica in quanto le condotte sembrano orientate più a procurare vantaggi ai soci che alla società (la quale ne risulta per lo più danneggiata nell'integrità del capitale e del patrimonio); il riferimento è in particolare ai reati di indebita restituzione dei conferimenti (art. 2626 c.c.), di illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.), di indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.).

Alcuni dei reati in oggetto sembrano inoltre ad oggi difficilmente configurabili in quanto collegati a particolari condizioni soggettive del SBH. In particolare:

a) I reati relativi alle illecite operazioni sulle azioni o quote sociali proprie (art. 2628 c.c.)
b) Il SBH non rientra tra le tipologie (es. società quotate) per le quali è configurabile il reato di omessa comunicazione di conflitto di interessi (art. 2629-bis c.c.)
c) Ad oggi non esistono autorità di controllo espressamente previste da norme di legge, da cui è possibile escludere la rilevanza del reato di ostacolo alle funzioni di vigilanza (art. 2638 c.c.)

   Viste le esclusioni di cui sopra, le ipotesi di seguito elencate possono essere ad oggi considerate compatibili con lo status del SBH:

   - Artt.2621 e 2622 False comunicazioni sociali

     Le ipotesi di reato in oggetto si realizzano tramite l'esposizione nei bilanci, nelle relazioni o nelle altre comunicazioni sociali previste dalla legge, dirette ai soci, ai creditori o al pubblico, di fatti materiali non rispondenti al vero, ancorché oggetto di valutazioni, idonei ad indurre in errore i destinatari della situazione economica, patrimoniale o finanziaria della società con l'intenzione di ingannare i soci, i creditori o il pubblico; ovvero l'omissione, con la stessa intenzione, di informazioni sulla situazione medesima la cui comunicazione è imposta dalla legge (nel caso dell'art. 2622, si ha come elemento aggiuntivo il fatto che i comportamenti descritti abbiano cagionato un danno patrimoniale alla società, ai soci ed ai creditori)

     Le maggiori criticità si concentrano sulla corretta esposizione della situazione creditoria nei confronti della committenza pubblica.

- Art. 2625 Impedito controllo
  Il reato consiste nell'impedire od ostacolare, mediante occultamento di documenti od altri idonei artifici, lo svolgimento delle attività di controllo o di revisione legalmente attribuite ai soci, ad altri organi sociali o alle società di revisione.
- Art. 2629 Operazioni in pregiudizio dei creditori
  La fattispecie si realizza con l'effettuazione, in violazione delle disposizioni di legge a tutela dei creditori, di riduzioni del capitale sociale o fusioni con altra società o scissioni, che cagionino danno ai creditori.
  In ogni caso il risarcimento del danno ai creditori prima del giudizio estingue il reato.
- Art. 2636 c.c. Illecita influenza sull'assemblea
  La strutturazione della compagine societaria potrebbe essere compatibile con la commissione del reato, relativo ad una condotta del management volta a condizionare l'assemblea *con atti simulati o fraudolenti*.
- Art. 2632 c.c. Formazione fittizia del capitale sociale
  La commissione del reato potrebbe essere funzionale alla dimostrazione dei requisiti di tipo economico-finanziario utili, ad esempio, all'ottenimento di finanziamenti pubblici (per i quali è talvolta necessario il possesso di capitale sociale proporzionato all'ammontare del contributo pubblico).

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.b 2 Reati informatici (art. 24 bis D.Lgs. 231/2001)

FALSITÀ IN DOCUMENTI INFORMATICI

Il quadro normativo a oggi vigente prevede quale reato-presupposto la falsificazione, dal punto di vista logico-informatico o del contenuto dello stesso,

del documento informatico avente efficacia probatoria, effettuata sia da un pubblico ufficiale che, in taluni casi, da un privato; pertanto l'utilizzo di documenti informatici pone l'ente in una posizione più gravosa rispetto all'utilizzo di atti e documenti in formato cartaceo. L'innovazione tecnologica rende l'utilizzo di tali formati sempre più pervasivo con una particolare attenzione al settore sanitario, per il quale sono previsti specifici standard in particolare in relazione alla gestione delle immagini diagnostiche ed ai relativi referti.

ACCESSO ABUSIVO AD UN SISTEMA INFORMATICO O TELEMATICO

Tali ipotesi sono relative anche all'eventuale mantenimento all'interno del sistema contro la volontà di chi ha diritto di escluderne l'accesso. Tale condotta prescinde dal danno al terzo e potrebbe essere finalizzata all'accesso a informazioni o alla verifica sulla presenza di informazioni reperibili all'interno di sistemi informatici di terzi (soggetti pubblici o privati).

DANNEGGIAMENTO O ALTERAZIONE DI INFORMAZIONI, DATI O PROGRAMMI ALTRUI

Le ipotesi di reato fanno riferimento ad operazioni illecite compiute nei confronti di terzi, ad esempio alterando informazioni al fine di mettere l'ente in una posizione più favorevole (si pensi ad esempio a sistemi di monitoraggio dei servizi eseguiti o del rispetto di eventuali standard qualitativi e quantitativi).

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.b 3 Reati di riciclaggio, ricettazione e impiego di denaro beni o utilità di provenienza illecita - autoriciclaggio (art. 25octies D.Lgs. 231/2001, artt. 648, 648bis e 648ter, art. 648ter 1 Codice Penale)

Tali reati sono in linea di principio inquadrabili quali reati *comuni* per la portata estensiva della nuova formulazione degli illeciti, che fanno riferimento ad operazioni illecite (ad esempio acquisto, operazioni finalizzate all'occultamento nonchè impiego in attività economiche o finanziarie) su denaro, beni o altra utilità

provenienti da delitti (per il riciclaggio si parla nello specifico di delitti *non colposi*).
In particolare si devono considerare a rischio le condotte relative all'attività di approvvigionamento, ad esempio dove pervengano proposte palesemente inferiori ai valori di mercato.
Ulteriori profili di rischio sono connessi alla presenza di una articolata compagine societaria, sotto il profilo della provenienza non lecita di eventuali conferimenti dei soci (si sottolinea in proposito come per il nuovo impianto normativo sia qualificabile come illecito anche il reimpiego di flussi finanziari derivanti dalla commissione di illeciti a *bassa* percezione di criminosità quali ad esempio il mancato versamento di imposte oltre i limiti fissati per legge).
In particolare, la giurisprudenza ha ritenuto sussistente riciclaggio in un' ipotesi di spostamento della titolarità di denaro di provenienza illecita dall'autore del reato presupposto ad una società, muovendo dal rilievo che tale passaggio sia sufficiente a creare un primo schermo tra il denaro e la sua provenienza (es. C. Cass., Sez. II, 11 febbraio 2009)
Con riferimento all'attività della casa di cura, occorre evidenziare come i reati in commento potrebbero configurarsi in tutte le ipotesi in cui non si adottino procedure tese ad assicurare il divieto generale di acquisto, ricezione, sostituzione o trasferimento di beni o denaro effettuati per occultare la loro origine illecita, quando si abbia motivo di ritenere che provengano da attività delittuose.

RICICLAGGIO

Il reato di riciclaggio è commesso da chi, "*Fuori dei casi di concorso nel reato, chiunque sostituisce o trasferisce denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero compie in relazione ad essi altre operazioni, in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa*".
La norma in commento punisce colui che nasconde l'esistenza, la fonte illegale o l'illegale utilizzo di utilità economiche e poi commuta queste ultime per farle apparire legittime.
Soggetto attivo può essere chiunque, ossia qualsiasi persona ad eccezione di coloro che abbiano partecipato come concorrenti nel reato dal quale provengono il denaro, i beni o le altre utilità oggetto della condotta, tuttavia è da notare che la recente giurisprudenza della Suprema Corte ha affermato che anche il delitto di associazione di stampo mafioso può costituire il presupposto di quello di riciclaggio, atteso che lo stesso è di per sé idoneo a produrre proventi illeciti (C. Cass., Sez. I, n. 1024 del 2009; C. Cass., Sez. I, 27 novembre 2008, Ceccherini, Riv pen, 2009, 684).

L'oggetto materiale delle condotte di riciclaggio è costituito da *denaro, beni o altre utilità* provenienti da delitto non colposo. Anche il riciclaggio, come la ricettazione, pertanto, presuppone la commissione di un precedente delitto e, in base al rinvio operato dall'art. 648 *bis* all'ultimo comma dell'art. 648, varranno le stesse condizioni in merito all'accertamento giudiziale del reato presupposto. In particolare, è sufficiente che il delitto presupposto risulti anche soltanto astrattamente configurabile (cfr. C. Cass., Sez. VI, n. 495 del 2009).
La fattispecie di riciclaggio si articola in tre ipotesi di condotta:

a) sostituire denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo
b) trasferire denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo
c) compiere altre operazioni

in modo da ostacolare l'identificazione della provenienza delittuosa della *res*.

RICETTAZIONE

Il reato di è commesso da chi, *"Fuori dei casi di concorso nel reato, chi, al fine di procurare a sé o ad altri un profitto, acquista, riceve od occulta denaro o cose provenienti da un qualsiasi delitto, o comunque si intromette nel farli acquistare, ricevere od occultare"*

La fattispecie incriminatrice ha come scopo quello di impedire che, verificatosi un delitto, persone diverse da coloro che lo hanno commesso o sono concorsi a commetterlo si interessino delle cose provenienti dal delitto medesimo per trarne vantaggio.
Soggetto attivo della ricettazione può essere qualsiasi persona escluso l'autore o il compartecipe del delitto precedente, come si rileva dalla riserva contenuta nell'art. 648 "*fuori dei casi di concorso nel reato*".
La condotta dell'agente consiste nell'acquistare, ricevere o occultare la *res* proveniente da delitto, ovvero nell'intromettersi per farla acquistare, ricevere od occultare.

IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA

Il reato di Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita è commesso da chi, *"fuori dei casi di concorso nel reato e dei casi previsti dagli articoli 648 e 648 bis, impiega in attività economiche o finanziarie denaro, beni o altre utilità"*.
L'inserimento nel codice del delitto in esame nasce dal rilievo che i profitti della criminalità organizzata debbono essere contrastati tenendo conto di una duplice prospettiva: mentre in un primo momento occorre impedire che il denaro illecitamente acquisito venga trasformato in denaro pulito, in un secondo momento è necessario fare in modo che il capitale, pur così emendato dal vizio di origine, non possa trovare un legittimo impiego.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.b 4 Truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche e malversazione (Art.24 D.Lgs.231/2001, artt.316bis, 316ter, 640bis, 640ter Codice Penale)

TRUFFA AGGRAVATA PER IL CONSEGUIMENTO DI EROGAZIONI PUBBLICHE
Il reato di truffa commesso per ottenere contributi, finanziamenti, mutui agevolati, erogazioni dello stesso tipo, comunque denominate, erogati da stato, altri enti pubblici e Comunità europee.

MALVERSAZIONE A DANNO DELLO STATO
Il reato di malversazione si riferisce alla mancata utilizzazione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti legittimamente ottenuti e diretti alla realizzazione di opere o allo svolgimento di attività di pubblico interesse. Il momento consumativo del reato coincide con la fase esecutiva e non con l'ottenimento del finanziamento.

Tali ipotesi di reato, sono da ritenersi rilevanti in quanto il SBH sia parte attiva per la copertura delle proprie attività con strumenti di finanziamento pubblico, con particolare riferimento alle aree della ricerca e della formazione.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.b 5 Pratiche di mutilazione dei genitali femminili (Art. 25quater1 D.Lgs. 231/2001, art. 583bis Codice Penale)

Presso il SBH non si svolgono interventi di chirurgia ginecologica anche di tipo demolitivo. Pertanto, visto anche l'esiguo accesso di pazienti appartenenti ad etnie presso le quali si riscontra l'utilizzo delle pratiche in oggetto, il reato non rientra tra quelli potenzialmente contestabili.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
PROBABILITA' PER CONTESTO		**BASSA**	**MEDIA**	**ALTA**
	ALTA	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.b 6 Reati ambientali

Data l'eterogeneità degli illeciti ambientali introdotti quali reati-presupposto è necessario preliminarmente identificare quali siano i reati rilevanti per l'azienda.
Le attività di analisi e mappatura hanno permesso innanzitutto di identificare i reati-presupposto ambientali non rilevanti a seguito della incompatibilità con le attività ad oggi svolte dalla Società o della bassa frequenza di accadimento.
Devono essere escluse:

a) Le ipotesi di cui all'art. 137 comma 13 del D.Lgs. 152/2006, nonchè quelle di cui all'art. 8, commi 1 e 2, e all'art. 9, commi 1 e 2, del D.Lgs. 202/2007 in quanto la Società non si avvale, direttamente o tramite la propria filiera, di navi o aereomobili per lo svolgimento della propria attività
b) Le ipotesi di cui all'art. 256 comma 4 del D.Lgs. 152/2006 in quanto la Società non ha tra le proprie attività la gestione di discariche
c) Miscelazione non consentita di rifiuti pericolosi o di rifiuti pericolosi con rifiuti non pericolosi (art. 256, comma 5, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152)
d) Le ipotesi di cui all'art. 256 comma 6 del D.Lgs. 152/2006 in quanto la Società non svolge attività che comportino produzione di rifiuti sanitari pericolosi
e) Inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali e delle acque sotterranee ed omissione della relativa comunicazione agli enti competenti (art. 257, commi 1 e 2, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152)

f) Le ipotesi di cui agli artt. 259 e. 260 del D.Lgs. 152/2006 relative al traffico illecito di rifiuti o alla gestione di attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti, in quanto non compatibili con l'attività svolta, lo status giuridico e, nel secondo caso, l'articolazione organizzativa della Società
g) Le ipotesi di cui all'art. 260-bis del D.Lgs. 152/2006 in quanto ad oggi vige un regime di proroga del SISTRI
h) Inquinamento atmosferico per emissioni con valori superiori ai limiti previsti e superamento limiti qualità dell'aria (art. 279, comma 5, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152)
i) Le ipotesi di cui alla legge 50/1992, in materia di commercio di specie animali e piante e di cui all'art. 727-bis del Codice Penale relativi a specie animali e vegetali protette
j) L'ipotesi di cui all'art. 733-bis del Codice Penale relativa al deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto, in quanto le strutture e la rete gestite dalla Società non ricadono in siti qualificabili come protetti
k) L'ipotesi di cui all'art. 3, comma 6 della legge 549/1993 relativa alla violazione delle disposizioni sull'impiego delle sostanze nocive per lo strato di ozono

Con riferimento alle ipotesi sopra elencate, l'Organismo di Vigilanza e Controllo procede a un monitoraggio delle attività svolte dalla Società al fine di verificare l'emersione di eventuali criticità che comportino la revisione della mappatura.
Quanto invece ai reati-presupposto ambientali rilevanti per quali sussista una rischiosità in relazione alle attività svolte:

a) Le ipotesi di cui all'art. 256 comma 6 del D.Lgs. 152/2006 in quanto la Società svolge attività che comportano produzione di rifiuti sanitari pericolosi.
b) Le ipotesi di cui all'art. 137 commi 2, 3 e 5 del D.Lgs. 152/2006 sono in astratto non applicabili in quanto la Società non svolge attività che comportino produzione, trattamento e scarico di acque reflue industriali; tuttavia in giuriprudenza vi è evidenza di applicazione estensiva rispetto all'utilizzo della rete acque nere per lo sversamento di residui relativi alle attività svolte
c) Violazione dei divieti di scarico al suolo, nelle acque sotterranee e nel sottosuolo (art. 137, comma 11, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152): rischi derivanti da comportamenti negligenti o fraudolenti degli operatori rispetto alla manipolazione dei rifiuti prodotti.

d) Raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, commercio ed intermediazione di rifiuti in mancanza della prescritta autorizzazione, iscrizione o comunicazione (art. 256, comma 1, lett. a) e b), D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152): ai sensi degli artt. 178 e 188 del D.Lgs. 152/2006, il produttore del rifiuto ha l'onere di controllare, con riferimento agli aspetti formali ed alla effettiva gestione, la filiera attraverso la quale avvia a smaltimento il rifiuto prodotto
e) Realizzazione o gestione di una discarica non autorizzata (art. 256, comma 3, primo e secondo periodo, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152): l'ipotesi in oggetto potrebbe verificarsi *di fatto* dove non vengano rispettati i limiti temporali e quantitativi relativi al rifiuto prodotto ed in attesa di raccolta e smaltimento
f) Predisposizione o uso di un falso certificato di analisi dei rifiuti (art. 258, comma 4 e art. 260-bis, commi 6 e 7, D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152): rilevante in quanto condotta che può potenzialmente verificarsi in qualunque ambito che comporti la produzione di rifiuti.

III.c Reati – presupposto peculiari

III.c 1 Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione (Art. 25 D.Lgs. 231/2001, Artt. 317, 318, 319, 319ter, 319quater, 320, 321, 322, 322bis Codice Penale)

Tali reati si presentano come peculiari in relazione allo stretto rapporto con la pubblica amministrazione sanitaria, nei confronti della quale l'azienda si pone come *fornitore* soggetto a diversificati controlli di conformità. A tali rapporti si affiancano i *classici* rapporti con le pubbliche amministrazioni che abbiano potere autorizzatorio e/o ispettivo.
Nell'analisi di tali reati presupposto deve essere tenuta in debito conto la forte connessione della *rete sociale* del settore sanitario sia in relazione all'erogazione della prestazione sanitaria che per le relative forniture, con il rischio di creazione di costi transattivi volti a veicolare utilità al pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nonché a soggetti ad esso direttamente/indirettamente connessi.
Si deve inoltre tenere conto della qualificazione di determinate categorie di personale del SBH come pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio in ragione delle mansioni attribuite (si veda per dettagli anche il la successiva Sezione IV).

In questo caso potrebbe essere oggetto di contestazione anche il rapporto con l'utenza dei servizi ed il personale del SBH potrebbe assumere il ruolo di concussore o di oggetto della corruzione.
Tale macro-area di reati presupposto si presenta molto articolata anche a seguito delle recenti riforme legislative. In particolare, con la legge 6 novembre 2012, n. 190 è stata varata una nuova normativa tesa a prevenire e reprimere più efficacemente fenomeni di corruzione e illegalità nella pubblica amministrazione, anche al fine di adeguarsi agli obblighi derivanti dalla Convenzione ONU contro la corruzione del 31 ottobre 2003 (c.d. Convenzione di Merida) e dalla Convenzione penale sulla corruzione del Consiglio d'Europa del 27 gennaio 1999 (Convenzione di Strasburgo), sanando così alla mancata attuazione delle medesime da parte delle rispettive leggi di ratifica (L. 3 agosto 2009, n. 116 e l. 28 giugno 2012, n. 110).
Le fattispecie, a seguito dell'indicata riforma, prevedono la punibilità del pubblico ufficiale e/o incaricato di pubblico servizio (anche riferibile alle Comunità Europee o a stati esteri ex Art. 322bis) che costringe (Art. 317 Concussione), induce (Art. 319quater Induzione indebita a dare o promettere utilità) o che riceve (Art. 318 Corruzione per l'esercizio della funzione, Art. 319 Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio, Art. 319ter Corruzione in atti giudiziari), nonché la punibilità del Corruttore (Art. 321) e dell'Indotto (Art. 319quater comma 2).
Per quanto riguarda il reato di concussione, di cui all'art. 317 c.p., a seguito della nuova formulazione della norma, si punisce *"il pubblico ufficiale che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità"*.
Di conseguenza l'originaria fattispecie prevista nell'art. 317 c.p., comprensiva delle condotte di costrizione e di induzione (intese quali modalità alternative di realizzazione del reato), oltre ad essere stata riferita esclusivamente al pubblico ufficiale e non più anche all'incaricato di pubblico servizio come in passato, è stata ora circoscritta esclusivamente alla prima delle due condotte menzionate e cioè quella di costrizione.
L'induzione è stata, invece, ricollocata nell'art. 319-quater, il quale, sotto la rubrica *"Induzione indebita a dare o promettere utilità"*, stabilisce che *"salvo che il fatto costituisca più grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità è punito con la reclusione da tre a otto anni"*.

Quanto alla casistica rilevante è possibile citare:

a) la condotta del primario di un ospedale pubblico che, rappresentando falsamente la massima urgenza di un intervento e prospettando i lunghi

tempi per la realizzazione presso la struttura pubblica, offriva al paziente la possibilità di sottoporsi ad intervento presso una clinica privata ove lo stesso operava (Trib. di Milano, 23 aprile 1999, FA 1999, 426)

b) la condotta di un tecnico ospedaliero che induca un familiare di un paziente a versargli indebitamente denaro per il rilascio di una cartella clinica

c) la condotta del primario di un ente ospedaliero che, prospettando al paziente, ricoverato per sottoporsi ad intervento chirurgico, l'eventualità di una lunga degenza ospedaliera e la possibilità di subire l'intervento ad opera di altro medico, lo induca a consegnarli somme di denaro o altre utilità non dovute per procedere egli stesso all'operazione chirurgica del degente (cfr. C. Cass., Sez. VI, n. 1998 del 2010)

d) È configurabile il delitto di concussione nel fatto dell'aiuto primario sanitario che induca i pazienti all'esborso di somme di denaro per dati interventi (cfr. C. Cass., Sez. VI, n. 1017 del 2008)

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.c 2 Truffa a danno dello stato o di altri enti pubblici (Art.24 D.Lgs.231/2001, art. 640 comma 2 n.1)

"*Chiunque, con artifizi o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 51 e euro 1.032.*
La pena è della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 309 a euro 1.549:
1) se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico o col pretesto di far esonerare taluno dal servizio militare;
2) se il fatto è commesso ingenerando nella persona offesa il timore di un pericolo immaginario o l'erroneo convincimento di dovere eseguire un ordine dell'Autorità;
2bis) se il fatto è commesso in presenza della circostanza di cui all'art. 61 numero 5.
Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo che ricorra taluna delle circostanze previste dal capoverso precedente o un'altra circostanza aggravante".

Va da subito evidenziato che, ai fini della responsabilità amministrativa dell'ente, l'ipotesi di reato considerata dal decreto 231 è quella aggravata, prevista dal 2° comma, n. 1 dell'art. 640 c.p., configurabile laddove il fatto sia commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico.
Il delitto di truffa presuppone una condotta fraudolenta consistente nell'ottenere la cosa altrui, o comunque, nel conseguire un ingiusto profitto con altrui danno mediante artifici o raggiri.
È una *fattispecie a cooperazione artificiosa*: l'azione offensiva non si esaurisce in un'aggressione unilaterale del reo, ma richiede una collaborazione a opera della vittima che coopera alla produzione del danno, ponendo in essere l'azione dispositiva dannosa per il patrimonio, a seguito dell'errore provocato dalla condotta ingannatoria del soggetto attivo.
Sotto il profilo oggettivo, il delitto di truffa consta di quattro elementi:

a) una particolare condotta fraudolenta posta in essere dal soggetto attivo e concretantesi nei c.d. artifici o raggiri
b) l'induzione in errore della vittima, come conseguenza degli artifici o raggiri
c) il compimento da parte della vittima di un atto di disposizione patrimoniale a seguito della detta induzione in errore
d) un danno patrimoniale derivato alla vittima con conseguente ingiusto profitto per l'agente o per altra persona

ARTIFICIO

L'artificio è tradizionalmente definito come una "*manipolazione o trasfigurazione della realtà esterna provocata mediante la simulazione di circostanze inesistenti o – per contro – la dissimulazione di circostanze esistenti*". Esso quindi si sostanzia nel far apparire come vera una situazione non riscontrabile nella realtà. Il *raggiro* consiste invece in un "*discorso o ragionamento teso a produrre un falso convincimento nel destinatario*". A differenza degli artifici, che necessitano di una proiezione nel mondo esterno, i raggiri possono dunque esaurirsi in una semplice attività di persuasione che influenza la psiche altrui.
Premessa la definizione dei due concetti nei termini generali appena esposti, in giurisprudenza e in dottrina si discute su quali comportamenti siano idonei ad integrare gli estremi degli *artifici o raggiri* rilevanti ai fini della configurabilità della truffa.
Secondo un orientamento giurisprudenziale maggioritario, che accoglie la tesi della dottrina penalistica dominante, «*ai fini della sussistenza del reato di truffa il raggiro non deve necessariamente consistere in una particolare subdola messa in scena, bastando qualsiasi simulazione o dissimulazione posta in essere per indurre in errore*» (Cass. Pen. Sez. V, n. 3460/1984). Un'altra parte della giurisprudenza

afferma però che, «*per la configurabilità del delitto di truffa non è sufficiente un qualsiasi mendace comportamento o una qualsiasi alterazione della realtà da parte dell'agente [...], essendo evidente che a caratterizzare l'estremo dell'artificio o del raggiro, idoneo ad escludere altro minor reato e a rendere configurabile quello di truffa, sono necessari una ulteriore attività, un particolare accorgimento o una speciale astuzia, capaci di eludere le comuni e normali possibilità di controllo da parte dell'ente*» pubblico (Cass. Pen. Sez. II n. 6041/1984).

Una prima questione, sulla quale si sono registrate interpretazioni divergenti da parte della giurisprudenza, attiene alla rilevanza delle *dichiarazioni menzognere* quale condotta idonea a configurare gli artifici o raggiri nella truffa. Un orientamento più rigoroso tende ad ampliare l'ambito di operatività della truffa, attribuendo rilevanza alla semplice menzogna anche se priva dei connotati esteriori dell'artifizio e del raggiro: per cui *"anche la* menzogna pura e semplice *può integrare gli estremi degli artifici e raggiri"* (Cass. Pen. 17 marzo 1993, Marcaccio; Cass. 6 aprile 1989 Mazzotta, CED 183712; Cass. 15 maggio 1982 De Tuglie, CED 155882).

Un altro indirizzo giurisprudenziale più recente, in linea con la posizione della più autorevole dottrina (secondo cui occorre anche un grado apprezzabile di pericolosità del mendacio - così Fiandaca-Musco), ritiene invece necessaria *"la presenza di una* menzogna rafforzata e qualificata *da ulteriori attività di contorno"* (Cass. 3 giugno 1997, in Guida al dir. 1997, fasc. 34, 97; Cass. 16 marzo 1989, Di Palo, CED 181746; Cass. 23 gennaio 1984, Ferrara, CED 163721). Per cui si è affermato che «*le dichiarazioni menzognere ben possono costituire raggiro ed integrare l'elemento materiale del delitto di truffa quando sono presentate in modo tale da indurre in errore il soggetto passivo di cui viene carpita la buona fede*» (Cass. Pen. Sez. II n. 10628/1985).

Si discute poi se il silenzio, la reticenza o comunque un comportamento omissivo costituiscano o meno condotta fraudolenta rilevante ai fini della truffa. Sul punto, la giurisprudenza ampiamente dominante offre una risposta affermativa, precisando che «*gli artifici o i raggiri richiesti per la sussistenza del reato di truffa contrattuale possono consistere anche nel silenzio maliziosamente serbato su alcune circostanze da parte di chi abbia il dovere di farle conoscere, indipendentemente dal fatto che dette circostanze siano conoscibili dalla controparte con ordinaria diligenza*» (Cass. Pen. Sez. II, n. 41717/2009; Cass. Pen. Sez. II, n. 42337/2009; Cass. Sez. II, n. 39905/2005; nello stesso senso anche Cass. Sez. II, n. 870/1998, secondo cui il silenzio e la reticenza possono considerarsi penalmente rilevanti quando si concretino nella violazione di uno specifico dovere di informazione, la cui fonte può risiedere anche in una norma extrapenale come gli artt. 1377 o 1759 c.c.).

INDUZIONE IN ERRORE

Gli artifici o i raggiri usati dall'agente devono avere come *conseguenza* l'*induzione in errore* della vittima, consistente nella positiva certezza da parte di quest'ultima dell'esistenza di una situazione che in realtà non esiste. Come infatti ha rilevato la giurisprudenza, «*ai fini della sussistenza del reato di truffa, non basta che dall'agente siano stati posti in essere artifici o raggiri atti a causare l'induzione in errore della vittima, ma occorre un effettivo inganno di questa come conseguenza dell'azione criminosa svolta. Invero, la responsabilità dell'imputato deriva non dalla idoneità dell'artificio o raggiro, ma dalla determinazione in concreto dell'errore nel soggetto passivo, con consequenziale ingiusto profitto dell'agente*» (Cass. Pen. Sez. II, n. 4474/1984; Cass. Sez. II, n. 3685/1990). Pertanto, «*l'idoneità dell'artificio e del raggiro deve essere valutata in concreto, ossia con riferimento diretto alla particolare situazione in cui è avvenuto il fatto e alle modalità esecutive dello stesso*»: tale idoneità è provata «*quando, in concreto, esista un artificio o un raggiro posto in essere dall'agente e si accerti che tra di esso e l'errore in cui la parte offesa è caduta sussista un preciso nesso di causalità*» (Cass. Pen. Sez. V, n. 11441/1999: relativa a un caso di truffa in danno dello Stato).

Nella valutazione dell'idoneità della condotta fraudolenta a ingannare il soggetto passivo, la giurisprudenza tende a ritenere irrilevante l'eventuale negligenza di questi nell'accertare circostanze che, se conosciute impiegando la dovuta diligenza, avrebbero potuto svelare l'artificio o il raggiro (Cass. 11 luglio 1990, Ricci, CED 185974). Precisamente, si afferma che «*ai fini della sussistenza del reato di truffa, l'idoneità dell'artificio e del raggiro non è esclusa dalla mancanza di diligenza, di controllo, e di verifica da parte della persona offesa, dal momento che tale circostanza non esclude l'idoneità del mezzo in quanto si risolve in una mera deficienza di attenzione e perché il più delle volte è determinata dalla fiducia che con artifici e raggiri sa suscitare il truffatore nella parte lesa*» (Cass. Pen. Sez. II, n. 4011/1993; Cass. Pen. Sez. II, n. 34059/2009).

Con particolare riferimento alla fattispecie di truffa aggravata commessa a danno dello Stato o altro ente pubblico (che come si è detto è l'ipotesi di truffa che può far sorgere anche una responsabilità amministrativa dell'ente collettivo ai sensi del D.Lgs. 231/2001), è importante mettere in evidenza (come ha sottolineato più volte la Cassazione) che «*per escludere l'artifizio e l'errore*» rilevante ai fini del delitto in esame «*non è sufficiente richiamare la disfunzione amministrativa, il disguido, i ritardi, la scarsa diligenza degli organi o del personale preposto e cioè la carenza della normale attenzione e del tempestivo controllo, che avrebbero immediatamente scoperto l'artifizio ed evitato l'errore*» (Cass. Pen., n. 1233/1988; Cass. Sez. V, n. 11441/1999). Pertanto, «*in tema di truffa, l'idoneità degli artifici e raggiri in danno di una P.A. non è esclusa dal fatto che siano compiuti all'interno di una fase procedimentale che non si sia ancora conclusa e che implichi il successivo intervento di atti di controllo, perché l'idoneità postula che i comportamenti truffaldini*

siano astrattamente capaci di trarre in inganno e oggettivamente adeguati all'attivazione del procedimento in vista di un ingiusto vantaggio» (Cass. Pen. Sez II, n. 20975/2008).
Quanto al soggetto vittima dell'inganno, sia in dottrina che in giurisprudenza si ritiene pacificamente che il delitto di truffa sia ravvisabile anche nel caso in cui la persona indotta in errore non si identifichi con il danneggiato.

ATTO DI DISPOSIZIONE PATRIMONIALE

A seguito dell'errore cagionato dall'artificio o raggiro, la vittima deve compiere *un atto di disposizione patrimoniale*: tale elemento viene considerato dalla dottrina penalistica un requisito tacito della fattispecie, indispensabile affinché possa configurarsi la truffa. Dunque, perché si abbia la truffa, occorre che vi sa un effettivo nesso di causalità tra gli artifici o raggiri, l'errore e la determinazione del consenso del truffato all'atto dispositivo. L'atto dispositivo può avere ad oggetto qualsiasi elemento del patrimonio (beni mobili o immobili, diritti reali o di credito). È pacifico che la disposizione patrimoniale possa avere carattere omissivo (possa quindi consistere in un *non facere*, come ad esempio la mancata riscossione di un credito o il mancato esercizio di un diritto a seguito del raggiro): ciò che conta, anche in questo caso, che l'atto di disposizione a contenuto omissivo sia il frutto di un'induzione in errore.

DANNO / INGIUSTO PROFITTO

Ulteriori elementi necessari a integrare la fattispecie obiettiva del delitto di truffa sono: il danno subito dalla vittima e l' ingiusto profitto per l'autore dell'inganno o per altri. In merito alle caratteristiche che devono possedere i suddetti requisiti, si riscontra in giurisprudenza un indirizzo interpretativo costante secondo cui, «*mentre il requisito del profitto ingiusto può comprendere in sé qualsiasi utilità, incremento o vantaggio patrimoniale, anche a carattere non strettamente economico, l'elemento del danno deve avere necessariamente contenuto patrimoniale ed economico, consistendo in una lesione concreta e non soltanto potenziale che abbia l'effetto di produrre – mediante la* cooperazione artificiosa della vittima *che, indotta in errore dall'inganno ordito dall'autore del reato, compie l'atto di disposizione – la perdita definitiva del bene da parte della stessa*» (Cass. Pen. Sez. Un., n. 1/1999).
In particolare, si sottolinea come il danno nella truffa debba consistere in «*un effettivo depauperamento economico del soggetto passivo, nella forma del danno emergente o del lucro cessante*» (Cass. Sez. II, n. 10085/2008), che «*non deve essenzialmente apprezzarsi in termini di diretto collegamento con l'altrui profitto*» (Cass. Sez. VI, n. 8443/1998).
«*Il profitto dell'agente, invece, a differenza del danno che deve avere sempre natura patrimoniale, può non avere carattere economico, potendo consistere anche nel*

soddisfacimento di qualsiasi interesse, sia pure soltanto psicologico o morale» (Cass. Pen. Sez. II, n. 7730/1986; Cass. 19 gennaio 1999, Fiore, CED 212080).
Per la configurabilità della truffa, è necessario però che il profitto sia ingiusto, che lo stesso cioè non sia tutelato e garantito, neppure indirettamente, dall'ordinamento giuridico, sia per effetto della legge che per volontà delle parti: «*il carattere dell'ingiustizia è attribuito al profitto dal fatto di essere conseguito sine iure, sia che l'arricchimento in cui esso si risolve risulta caratterizzato sine causa, per l'assenza di un titolo giuridico che lo giustifich*i (Cass. Pen. Sez. VI, n. 470/1992).

Quanto agli specifici presupposti necessari a integrare la fattispecie di truffa aggravata prevista dall'art. 640 comma 2 n. 1 (Truffa a danno dello Stato o di altri enti pubblici), della quale anche l'ente collettivo può essere chiamato a rispondere ex art. 24 D.Lgs 231/2001, la giurisprudenza ha più volte precisato, che per la sussistenza di siffatta aggravante ciò che conta è che «*il danno della truffa ricada su un ente pubblico*» anche se «*gli artifizi e raggiri abbiano tratto in inganno un soggetto*» diverso, «*non legato all'ente predetto da un rapporto organico*» (in tal senso Cass. Sez. II, n. 3646/1990). Si è altresì affermato che «*l'aggravante del fatto commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico* [...] *sussiste per il solo fatto che danneggiato della condotta truffaldina sia lo Stato o altro Ente pubblico, indipendentemente dalla natura pubblica o privata dell'attività dell'ente in cui quella condotta si è inserita*» (Cass. Pen. Sez. Un., n. 45/1986).

Descritti gli elementi strutturali del delitto di truffa aggravata di cui all'art. 640 comma 2 n. 1, così come interpretati dalla dottrina e dalla più recente giurisprudenza penale, si possono a questo punto individuare i possibili comportamenti da parte dei vertici o dipendenti del SBH che appaiono idonei a integrare una truffa nell'interesse o a vantaggio dell'azienda stessa.
In particolare, per il SBH, il rischio di commissione di una truffa a danno dello stato o altro ente pubblico sussiste in relazione alla falsa rappresentazione:

a) Delle modalità di svolgimento del servizio sotto il profilo delle attività svolte e dei livelli di qualità ed appropriatezza delle stesse. Una simile condotta fraudolenta da parte della società potrebbe assumere rilievo penale ai sensi dell'art. 24 D.Lgs. 231 e 640 comma 2 n.1 c.p., proprio alla stregua di una recente sentenza della Cassazione penale, secondo cui «*è configurabile il delitto di cui all'art. 640, comma 2, c.p. nel caso in cui un soggetto stipuli contratti per la prestazione di servizi – successivamente effettuata – in favore di una P.A., ponendo in essere artifici o raggiri consistiti nel dichiarare falsamente l'esistenza delle condizioni e dei requisiti previsti per l'espletamento dell'attività pattuita, ed inducendo in errore l'ente*

pubblico anche sulle effettive modalità di esecuzione della prestazione, affidata a personale privo delle richieste capacità professionali; in tale caso infatti la riscossione degli importi liquidati quale corrispettivo delle prestazioni costituisce ingiusto profitto, cui corrisponde, per l'ente pubblico, il danno consistente nell'esborso di pubblico denaro in cambio di servizi espletati da soggetti non qualificati» (Cass. Pen. Sez. II 9 maggio 2007, Bonomelli, CED 236760)

b) Della sostenibilità giuridica e operativa di eventuali richieste da parte della società di estensione dei servizi o di rideterminazione del budget, anche in relazione alla falsa rappresentazione delle necessità di cura sul territorio di riferimento
c) Della presenza in capo al SBH dei requisiti tecnici e strutturali necessari per la conforme erogazione della prestazione sanitaria
d) Dell'effettivo utilizzo dei beni/risorse necessarie per l'erogazione del servizio e della corretta imputazione di tali risorse (es. doppia rendicontazione o imputazione farmaci o presidi). In tal senso è possibile rilevare come possa integrare gli estremi della truffa a danno dello stato o di altro ente pubblico l'attività del laboratorio di analisi (gestito dalla SO.GE.SA.), che nell'eseguire gli esami oggetto della convenzione stipulata con la ASP utilizza reagenti e calibratori scaduti di validità, in quanto tale condotta concretizza violazioni di specifiche prescrizioni e, comunque, non garantisce la certa rispondenza dei dati di laboratorio alla esatta rappresentazione di quanto lo specifico procedimento di analisi deve al contrario fedelmente evidenziare. Peraltro, il mancato rispetto delle norme di *qualità* che presidiano lo specifico settore dei dispositivi medico-diagnostici in vitro (c.d. *IVD - In Vitro Diagnostics*) e, quindi, l'impiego di materiale non conforme ai requisiti di legge (condotta che il più delle volte assicura un evidente risparmio economico per il laboratorio, con connesso profitto ingiusto) è circostanza senz'altro idonea a indurre in errore il Servizio Sanitario Regionale circa l'osservanza degli standard qualitativi delle prestazioni offerte in regime di convenzione, sulla cui base sono parametrate le somme che l'azienda sanitaria competente è chiamata a corrispondere al soggetto che quelle prestazioni è autorizzato a fornire. In altri termini, nel comportamento del laboratorio sopra ipotizzato è possibile ravvisare l'impiego di un *artificio* che determina l'erogazione di una prestazione qualitativamente deteriore rispetto ai livelli obbligatori (in tal senso si è pronunciata, di recente, la Cassazione penale, sez. II, n. 41073/2004, la quale nel ravvisare la

configurabilità della truffa nella fattispecie sopra descritta, ha affermato che «*in materia di truffa contrattuale il mancato rispetto da parte di uno dei contraenti delle modalità di esecuzione del contratto, rispetto a quelle inizialmente concordate con l'altra parte, con condotte artificiose idonee a generare un danno con correlativo ingiusto profitto, integra l'elemento degli artifici e raggiri richiesti per la sussistenza del reato di cui all'art. 640 c.p*»

Si segnala, infine, come sia presente anche a livello regionale, rilevante casistica relativa alle fattispecie in esame nel settore sanitario accreditato e convenzionato.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
PROBABILITA' PER CONTESTO		**BASSA**	**MEDIA**	**ALTA**
	ALTA	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.c 3 Reati associativi (L. 146/2006, Art. 2 comma 29 L. 94/2009, art. 24-ter D.Lgs. 231/2001)

Si tratta dei reati di Associazione per delinquere anche di tipo mafioso.

Il contesto territoriale e sociale in cui l'azienda si trova ad operare porta a considerare tali condotte come trasversalmente diffuse e le relative ipotesi di reato come *peculiari*.

In particolare potrebbe essere oggetto di contestazione la condotta volta a favorire fornitori riferibili ad associazioni di tipo mafioso al fine di ottenere condizioni economiche più favorevoli con riduzione dei costi, nonché a favorire pazienti riferibili ad associazioni criminali.

É da notare come sia rinvenibile copiosa casistica a livello sia nazionale che regionale su fenomeni di infiltrazione mafiosa nel settore sanitario pubblico e privato, connessa presumibilmente alla rilevanza ed all'impatto sociale delle attività sanitarie.

È da notare inoltre come costituisca reato-presupposto anche l'associazione a delinquere *semplice* finalizzata alla commissione di qualsiasi reato (a prescindere dall'appartenenza al *catalogo* dei reati-presupposto), già oggetto di contestazione in relazione ad attività di tipo sanitario con valore certificativo (in relazione all'attestazione dell'idoneità al lavoro); tale fattispecie potrebbe rilevare anche in

relazione alla falsa fatturazione mirata ad ottenere indebiti rimborsi o risarcimenti assicurativi.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.c 4 Omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro: il sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro (Art. 25septies D.Lgs. 231/2001, artt. 589, 590, terzo comma, Codice Penale)

Il SBH svolge attività che possono presentare rilevanti profili di rischio per la sicurezza dei lavoratori, derivanti in particolare dal rapporto con il paziente e dalla connessa gestione di strumentazione e presidi.
La prima versione del progetto di riforma concretizzatosi con l'emanazione del D.Lgs. 81/2008 (c.d. "*Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*"), includeva le Istituzioni Sanitarie Private accreditate con più di 50 dipendenti tra i soggetti per i quali l'adozione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo avrebbe dovuto essere obbligatoria. Tali dati oggettivi, pur non trovando riscontro in precedenti di particolare gravità per la società, giustificano la classificazione come reato peculiare.

MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI AZIENDALI

		PROBABILITA' PER CATEGORIA		
		BASSA	**MEDIA**	**ALTA**
PROBABILITA' PER CONTESTO	**ALTA**	rilevante	critico	critico
	MEDIA	medio-bassa	rilevante	critico
	BASSA	trascurabile	medio-bassa	rilevante

III.d Tabella di riepilogo - classificazione dei reati presupposto rilevanti

REATO PRESUPPOSTO (O CATEGORIA)	CLASSIFICAZIONE	PROFILI DI RISCHIO RILEVANTI E RIFERIMENTO A SPECIFICHE ATTIVITA' SENSIBILI
reati societari	comuni	– bilancio e comunicazioni sociali con particolare riferimento alla situazione creditoria nei confronti del committente pubblico
reati informatici	comuni	– alterazione di documenti informatici – anche relativi ad immagini diagnostiche - aventi valore di prova – interconnessione con sistemi informatici della pubblica amministrazione
reati di riciclaggio, ricettazione o reimpiego	comuni	– in connessione con il reato di associazione di stampo mafioso
truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche e malversazione	comuni	– azioni volte ad ottenere sostegno pubblico ad attività di ricerca e formazione
mutilazione dei genitali femminili	comuni	– interventi chirurgici su pazienti appartenenti ad etnie a rischio
reati ambientali	comuni	– non conforme gestione dei rifiuti prodotti ed avvio a smaltimento degli stessi
concussione e corruzione	peculiari	– pervasività dei rapporti con pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio – assunzione di tali qualifiche da parte del personale dell'azienda
truffa a danno dello stato o di altri enti pubblici	peculiari	falsa rappresentazione: – delle prestazioni effettivamente erogate – dell'appropriatezza delle prestazioni – delle strutture, degli strumenti, dei farmaci/presidi/prodotti e del personale utilizzati per l'erogazione delle prestazioni
reati associativi	peculiari	– infiltrazioni criminalità organizzata – associazione finalizzata alla commissione di reati ulteriori rispetto ai reati presupposto
omicidio colposo o lesioni colpose gravi o gravissime con violazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro	peculiari	– rischiosità intrinseca delle attività di erogazione di servizi di diagnosi e cura con riferimento ad infortuni ed a malattie professionali

SBH
RSA
CAMERA

SEZIONE IV PROCURE E DELEGHE

IV.a Sistema delle procure e deleghe

L'*adeguatezza organizzativa* della Società, valore aziendale che prescinde dalla presenza del Modello, deve, come detto, prevedere un complesso coordinato ed efficace strumenti di verifica e controllo nonché un sistema di deleghe e procure correttamente formalizzato e contemporaneamente dotato dei necessari requisiti sostanziali.

É infatti necessario tenere conto di una giurisprudenza ormai concorde nell'utilizzare un approccio di tipo funzionalista all'analisi degli illeciti posti in essere da organizzazioni complesse: l'organizzazione formale dichiarata dall'ente può essere oggetto di decostruzione e ricostruzione sulla base dell'organizzazione *di fatto* in essere.

Tale approccio è palesemente richiamato dallo stesso D.Lgs. 231/2001 con l'utilizzo di formule generali e fattuali nelle definizioni di *soggetto apicale* (soggetti che anche di fatto esercitano il controllo e la gestione dell'ente) e *soggetto sottoposto* (persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza, a prescindere quindi dalla formalità data al rapporto) di cui all'art. 5.

Pertanto valgono in proposito i seguenti principi generali, che saranno declinati, dove necessario, nell'analisi delle singole attività sensibili, con particolare riferimento alla gestione dei rapporti con pubbliche amministrazioni:

a) Deve essere esplicitato, per ogni soggetto (o categoria di soggetti) interno o esterno destinatario del Modello, l'inquadramento quale soggetto apicale o soggetto sottoposto, evidenziando con uguale

chiarezza anche i casi in cui un soggetto, o la prestazione da esso erogata, non è riferibile alla Società

b) Il sistema di deleghe (ed eventuali procure) deve essere caratterizzato da elementi di certezza, congruità e pertinenza (da valutarsi in relazione all'articolazione della Società ed alle mansioni e competenze della persona ed evitando, dove possibile, la concentrazione di funzioni sul medesimo soggetto). In particolare, tutti coloro che sono autorizzati ad intrattenere rapporti con le PP. AA. devono essere muniti di apposita delega, ed anzi l'identificazione di tali soggetti è per definizione attività sensibile oggetto di specifiche regole generali, procedure di dettaglio e flussi qualificati di informazioni. Il sistema di deleghe e procure deve essere oggetto di monitoraggio e aggiornamento.

   Deve essere evidenziato in modo univoco l'eventuale potere di assumere impegni nei confronti di terzi e i relativi poteri di spesa, se previsti (tali requisiti sono obbligatori per legge in relazione all'idoneità delle deleghe per gestione delle sicurezza sul lavoro)

c) Deve essere identificata, per singola persona o per categoria omogenea di operatore, l'eventuale qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, con descrizione delle mansioni che comportano tale qualificazione

   La dottrina e la giurisprudenza, infatti, si sono pronunciate prevalentemente per la natura pubblicistica dell'attività sanitaria, inquadrando taluni sanitari tra i pubblici ufficiali e altri tra gli incaricati di un pubblico servizio

   In particolare, sono stati ritenuti pubblici ufficiali:

   - il medico specialista convenzionato con la ASP, rispetto alla compilazione della cartella clinica, di ricette, impegnative di cura, ricoveri e attestazioni di malattia (cfr. per tutte C. Cass. Sez. Un., 11 luglio 1992, Delogu, CED 191171, CP 1992, 2718);
   - il medico che presta opera libero-professionale, in virtù di un rapporto di natura privatistica, presso una Istituzione sanitaria privata accreditata con il SSN, poiché, per il tramite della struttura privata, concorre alla formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione in materia di pubblica assistenza sanitaria, esercitando poteri autoritativi in sua vece, nonché poteri certificativi (C. Cass. Sez. Un., 11 luglio 1992, Delogu, CED 191171, CP 1992, 2718; contra C. Cass. 6 febbraio 1997, CP 1998, 483; tuttavia si veda C. Cass. 20 maggio 1997, Ascari, CP 1998, 1642, ove la Corte di Cassazione ha precisato che il medico che proceda a falsa attestazione di

accertamenti sanitari in realtà mai effettuati non può invocare la natura privatistica del rapporto; inoltre si veda C. Cass. 4 marzo 2003, CED 226343, CP 2005, 1593, ove la Suprema Corte ha statuito che il medico che, non avendo optato per l'attività libero-professionale intramuraria, proceda in orario di lavoro, servendosi dei locali e delle risorse dell'istituto di appartenenza, ad effettuare visite sanitarie, agisce in qualità di pubblico ufficiale; da ultimo C. Cass. Sez. VI, n. 40182 del 2007 ha sancito che l'esecuzione di prestazioni sanitarie da parte di un medico ospedaliero fuori dell'orario di lavoro in regime di attività libero-professionale resta assorbita nell'alveo della pubblica funzione sanitaria);

- il responsabile di un laboratorio convenzionato con il SSN, relativamente alla redazione dei prospetti riepilogativi delle analisi eseguite, trasmessi mensilmente alla ASP (C. Cass. 10 marzo 1998, Scuccimarra, CP 1999, 857; in senso conforme C. Cass. Sez. V, n. 12827 del 2005);
- il medico che compie l'accertamento di morte (C. Cass. 24 gennaio 1983, Buccioli, CP 1983, 1780);
- il direttore sanitario di un ospedale (C. Cass. 20 giugno 1968, Papadia, CED 108392, GP 1969, II, 369);
- il medico di guardia (C. Cass. 8 settembre 1995, Filippone, RP 1996, 325);

Sono stati considerati incaricati di un pubblico servizio:

- l'infermiere che svolge funzioni paramediche e l'infermiere professionale (C. Cass. 26 marzo 1996, Preconia, CED 204520, CP 1997, 723; C. Cass. 30 luglio 1991, Cascino, CED 188328, CP 1992, 3037);
- il tecnico di radiologia (C. Cass. 11 giugno 1992, Pometti, CED 190599, RP 1993, 519);
- l'addetto alla riscossione dei ticket (C. Cass. 7 aprile 1994, Mambelli, CED 197976);

SBH

-114

SEZIONE V AREE DI RISCHIO ED ATTIVITA' SENSIBILI: PRINCIPI GENERALI E STRATEGIE DI REGOLAZIONE

Nella presente sezione vengono individuate le attività sensibili, da intendersi come attività nel cui contesto è possibile la commissione di uno o più dei reati presupposto.

Per ogni attività vengono identificati i principi generali e le strategie di regolazione, che dovranno costituire il riferimento ed il quadro sistematico delle procedure operative.

In particolare costituiscono punti di riferimento:

a) Gli esiti derivanti dall'esame e dalla classificazione dei reati presupposto
b) Il sistema di procure e deleghe
c) I sistemi di controllo identificati (controlli incrociati, validazione esterna, flussi qualificati verso l'Organismo di vigilanza e controllo, controlli previsti da norme di legge o ad adesione volontaria)
d) Il principio di tracciabilità delle informazioni e delle decisioni: dove non indicato diversamente si presuppone che le attività trovino riscontro scritto e i relativi documenti siano conservati in ordine cronologico

Per ogni attività sensibile è presente la seguente struttura:

a) Inquadramento generale: contenuto dell'attività in relazione alle caratteristiche ed allo specifico profilo di rischio della Società (in tal senso si sottolinea che scopo e funzione del Modello non è regolamentazione complessiva dell'attività bensì dei passaggi della stessa che evidenzino profili di rischio)

b) Aree di rischio: riferimento a categorie di reati presupposto o a singole fattispecie rilevanti
c) Campo d'applicazione: elencazione sintetica delle specifiche attività decisionali e operative
d) Descrizione delle componenti principali dell'attività: elencazione delle fasi di attività a cui associare specifici protocolli, con indicazione, dove necessario, dei requisiti minimi che le procedure dovranno raggiungere nonchè delle aree di intervento prioritario
e) Gap analysis: alla luce delle risultanze dei punti precedenti si identificheranno i presidi e protocolli esistenti e le azioni da adottare al fine di perseguire la finalità di prevenzione degli illeciti.
   Le azioni potranno consistere:
   - nel riconoscimento dei presidi e protocolli esistenti e formalizzati nell'eventuale integrazione degli stessi
   - nella formalizzazione di presidi e protocolli "di fatto" esistenti come prassi non formalizzata
   - nella creazione di nuovi presidi o protocolli

V.a (cod. A.01) Attività di approvvigionamento

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

La scelta dei fornitori, la gestione dei rapporti con gli stessi, la conformità delle forniture e la gestione delle stesse sono attività che comportano in modo diretto ed indiretto la potenziale commissione dei reati-presupposto.

Nello specifico:

a) L'utilizzo di adeguati strumenti, presidi, farmaci ed altri beni nel quadro dell'erogazione dei servizi di cura deve essere considerato parte integrante dei servizi stessi e presupposto per il riconoscimento ed il rimborso da parte del committente ASP delle prestazioni erogate; pertanto anche tale aspetto può essere falsato o alterato al fine di ottenere un indebito vantaggio inducendo in errore la pubblica amministrazione. Tale indebito vantaggio può essere raggiunto anche mediante la doppia/multipla imputazione di tali costi (ad esempio mediante alterazione o duplicazione delle fustelle dei farmaci o di altri codici di riferimento quali quelli utilizzati per il materiale protesico) utilizzandoli anche all'esterno dell'azienda.
b) Le fatture per forniture di prodotti o servizi possono riportare descrizioni e costi per operazioni totalmente o parzialmente inesistenti volte a creare i flussi finanziari necessari per la commissione di illeciti (esempio corruzione).
c) Anche dove i costi esposti siano relativi a forniture effettivamente ricevute, le relative operazioni potrebbero essere finalizzate a favorire indirettamente pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio connessi con il fornitore stesso (anche ma non necessariamente mediante l'acquisizione a prezzi esorbitanti rispetto a quelli di mercato).
d) Le condotte sopra descritte potrebbero inoltre essere finalizzate a favorire fornitori controllati o contigui ad associazioni di tipo mafioso.
e) Rileva il rischio di contestazione dei reati di riciclaggio e reimpiego, ad esempio in relazione all'acquisizione di forniture prive delle necessarie autorizzazioni o dei requisiti di conformità (anche in relazione a scadenze e condizioni di conservazione).
f) La gestione del ciclo passivo ha inoltre refluenze nella gestione del bilancio ed in generale della reportistica societaria
g) Infine può rilevare la conformità dei beni acquisiti a norme di legge o norme tecniche, ad esempio sotto il profilo della gestione della sicurezza sul lavoro

Si deve inoltre evidenziare come la corretta gestione del rapporto con i fornitori attenga anche alla pubblicizzazione dell'adozione ed efficace adozione del

Modello, elemento rilevante nel quadro della funzione sociale che lo stesso deve assolvere.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI
• Truffa aggravata ai danni dello stato o di altri enti pubblici
• Reati di riciclaggio e reimpiego
• Reati associativi
• Reati societari
• Reati in materia di antinfortunistica e igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro

CAMPO D'APPLICAZIONE
Approvvigionamenti di:
• Beni strumentali con particolare riferimento agli strumenti scientifici
• Materiali con particolare riferimento a farmaci e forniture ospedaliere
• Servizi
• Prestazioni professionali

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

Data la linearità e la stretta concatenazione delle attività la stessa deve essere analizzata in modo unitario, evidenziando i passaggi logico-operativi.

V.a 1 (cod. A.01) Attività unitaria di approvvigionamento

Presupposto dell'attività di approvvigionamento è la presenza di una fase di "*Valutazione e qualificazione dei fornitori*". Sotto questo profilo l'obbiettivo dei protocolli è acquisire informazioni di dettaglio sui fornitori, dare evidenza del Modello e del Codice Etico ed assicurare la preventiva conoscenza ed adesione alle regole in esso contenute da parte dei fornitori qualificati con particolare riferimento ai fornitori *sensibili.*

I principi di trasparenza, efficienza ed economicità dovranno guidare anche la fase propedeutica all'acquisizione di beni e servizi, con la necessità di regolamentare con specifici protocolli la c.d. *"Richiesta d'acquisto"*.
In particolare si dovrà prevedere l'identificazione di soglie sensibili di tipo qualitativo e quantitativo che siano in grado di distinguere gli approvvigionamenti per i quali rendere obbligatoria una valutazione ex ante sulla necessità e l'opportunità della fornitura.

Le stesse soglie sensibili dovranno rilevare ai fini delle procedure relative alla successiva *"Selezione del fornitore"* prevedendo evidenza almeno dei seguenti passaggi, con adattamenti in virtù delle soglie sensibili stesse:

a) L'identificazione dei soggetti che gestiranno la procedura di selezione con indicazione dei ruoli decisionali e/o operativi
b) L'inquadramento dell'oggetto della fornitura con riferimento ad eventuali categorie già oggetto di procedure di validazione e qualificazione del fornitore e con riferimento alle modalità di contrattazione
c) Le modalità di chiamata dei potenziali fornitori
d) Le modalità di determinazione del prezzo e le relative condizioni di pagamento
e) L'indicazione nella richiesta di offerta della vigenza del Modello e se le attività da svolgere saranno in qualche modo funzionali all'efficace attuazione del Modello stesso
f) Le modalità di selezione del fornitore e l'obbligo di motivazione della scelta del fornitore, in particolare dove non si proceda a valutazione comparativa
g) La pubblicizzazione della scelta del fornitore
h) La previsione di flussi qualificati di informazioni nei confronti dell'Organismo di vigilanza e controllo.

Quanto sopra deve essere strettamente raccordato con la successiva fase di "*Gestione ed emissione dell'ordine*".

In ossequio al principio di tracciabilità, deve essere prevista l'evidenza dell'eventuale contestualità tra accettazione del fornitore e ordine (c.d. ordine istantaneo che può trovare la propria forma nel contratto stesso con il fornitore), quale forma alternativa rispetto allo scambio di comunicazioni che preveda l'accettazione espressa del fornitore a seguito del ricevimento dell'ordine.

La coerenza tra richiesto, ordinato ed effettivamente fornito deve trovare conferma nella fase di *"Ricevimento dei materiali o effettuazione delle prestazioni"*, con la previsione di procedure per la movimentazione interna, la tracciabilità fino all'eventuale smaltimento, distruzione o resa, nonché di verifica della prestazione resa relativamente ai servizi.

Tali attività devono essere strettamente raccordate con l'utilizzo della fornitura stessa quando strumentale alla conforme erogazione della prestazione sanitaria. In questo senso i protocolli di seguito descritti vanno visti in stretto coordinamento con quanto previsto dalla successiva attività sensibile A.02.

Devono in particolare essere evidenziati i criteri e le soglie a seconda dei quali potranno essere previsti controlli sistematici, procedure di monitoraggio con controlli a campione o specifici report da parte del fornitore.

I controlli dovranno riguardare anche la conformità all'utilizzo sia in fase di ricevimento che al momento dell'effettivo utilizzo (ad esempio con riguardo a scadenze e sterilità).
Dovranno essere indicati i soggetti incaricati di tali controlli e la reportistica da produrre.
Quanto infine al raccordo tra l'attività di approvvigionamento e quelle di tipo amministrativo e finanziario, esso è assicurato dalla fase di *"Ricevimento della fattura passiva, contabilizzazione e avvio al pagamento"*, per la quale devono essere previste specifiche procedure aventi ad oggetto almeno i controlli:

a) sulla veridicità e correttezza formale
b) sulla coerenza con le condizioni di pagamento stabilite (anche per il tramite di stati di avanzamento lavori)
c) sulla rispondenza tra i costi esposti ed i materiali o servizi effettivamente ricevuti

Il tutto in coerenza con le attività sensibili di cui ad A.03 e A.04 relativamente a contabilizzazione della fattura passiva, modalità pagamento della fattura passiva e contabilizzazione dell'avvenuto pagamento.

Pertanto le aree di intervento prioritario sono le seguenti:

a) Identificazione dei fornitori sensibili con riguardo agli aspetti qualitativi e quantitativi
b) Modalità per l'acquisizione di informazioni di dettaglio volte a ridurre i rischi evidenziati al Punto 1 (es. certificazione antimafia, attestazione circa l'assenza di rapporti di prossimità con pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio potenziali interlocutori dell'Azienda)
c) Attivazione di iniziative per la diffusione e l'adesione dei fornitori al Modello ed al Codice Etico ed attivazione di flussi qualificati nei confronti dell'Organismo di vigilanza con report periodici contenenti l'indicazione dell'avvenuta qualificazione
d) Creazione di sistemi di evidenza delle motivazioni alla base delle forniture ricadenti nelle aree sensibili di cui al Punto A, ivi compresa l'analisi delle condizioni economiche concordate
e) Identificazione del sistema di deleghe con autorizzazioni e relativi poteri di spesa
f) Conformità sotto il profilo quantitativo, qualitativo e normativo delle forniture
g) Controllo sull'effettivo utilizzo (o resa/smaltimento in caso di non conformità), con procedure volte ad evitare duplicazioni nell'utilizzo o nella dichiarazione di effettivo utilizzo

h) Previsione di specifici protocolli relativi agli incarichi a soggetti esterni che prevedano attività strumentali all'efficace attuazione del Modello di organizzazione: la partecipazione ad attività sensibili comporta infatti la piena conoscenza di quanto previsto dal MOC e dalle procedure ed un rapporto più organico con il sistema di controlli anche ex post effettuabili.
i) Coerenza tra i passaggi del ciclo passivo fino alla ricezione alla fattura ed all'avvio al pagamento
j) Nel caso delle prestazioni professionali di tipo sanitario, controllo di coerenza con le condizioni contrattuali previste
k) Flussi qualificati periodici nei confronti dell'Organismo di vigilanza con indicazione delle operazioni ricadenti all'interno di aree sensibili sotto il profilo qualitativo e quantitativo, anche prevedendo sistemi di allerta su determinate operazioni sensibili e sull'andamento anomalo di determinate categorie di approvvigionamenti.

GAP ANALYSIS DELL'ATTIVITÀ SENSIBILE DI APPROVVIGIONAMENTO

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI NELLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO
A.01.1 - ATTIVITA' UNITARIA DI APPROVVIGIONAMENTO	
1- Sistema gestione qualità aziendale 2- Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta – ASP	I presidi ad oggi esistenti relativamente all'approvvigionamento prevedono l'identificazione e la gestione delle seguenti categorie di approvvigionamenti: acquisti per la radiologia; - acquisti per la sala operatoria; - acquisti per il laboratorio analisi; - acquisti per il magazzino farmaci e per il materiale sanitario di consumo. Le procedure di valutazione dei fornitori estendono tali categorie prevedendo: - Prodotti farmaceutici, e materiale sanitario; - Impianti e attrezzature medicali ed elettromedicali - Servizi di consulenza medica - Servizi di consulenza e assistenza tecnica - Servizi di supporto. Tali criteri risultano identificare categorie di particolare sensibilità rilevanti per il Modello di organizzazione. Devono prevedersi integrazioni anche al fine di dare piena attuazione ai principi del Protocollo di legalità AIOP/ASP e di identificare le misurazioni utili alla strutturazione della reportistica e dei flussi qualificati nei confronti dell'Organismo di Vigilanza e controllo. In particolare: a) Devono essere rese omogenee le categorie oggetto di analisi nelle fasi sopra descritte, specificandone il contenuto ad esempio in relazione alla manutenzione degli immobili e delle infrastrutture ed ai servizi di consulenza, con specifici riferimenti all'analisi del rischio di cui ai punti da 10 a 18 (in particolare punti 13 e 16) del Protocollo AIOP-ASP, anche in collaborazione con i soggetti esterni ivi descritti. Nel quadro di tali attività, il SBH

opera anche azioni di stimolo verso gli interlocutori istituzionali (con particolare riferimento a strutture assessoriali ed ASP di competenza) al fine dell'identificazione di strumenti di monitoraggio e controllo (es. white list)

b) Formalizzazione dei soggetti ai quali viene attribuito ruolo di interfaccia con i fornitori nei diversi passaggi ivi compreso il primo momento di contatto, con indicazione dei poteri di spesa e con particolare riferimento alle modalità di relazione tra i medici ed informatori scientifici, distributori ed agenti (con evidenza già nella richiesta d'acquisto, da compilare anche in relazione a mere valutazioni su nuovi fornitori o nuovi farmaci/presidi)

c) Integrazione delle informazioni richieste all'atto della qualificazione del fornitore: esistenza di collegamenti di parentela con soggetti riferibili alla pubblica amministrazione committente o di collaborazioni pregresse o in corso con la stessa. Quanto sopra sia in relazione al fornitore che a singoli informatori, agenti o procacciatori d'affari. L'esistenza di una articolata filiera commerciale (agenti, sub-agenti, procacciatori, trasportatori) in capo al fornitore deve essere considerata quale elemento di sensibilità. Tali richieste dovranno essere estese al personale del fornitore in caso la fornitura preveda la presenza dello stesso presso il SBH

d) Attivazione di iniziative di pubblicizzazione ed adesione da parte dei fornitori al Modello di organizzazione della Società, anche tramite la creazione di apposita sezione del sito internet aziendale. Dovrà in particolare essere reso possibile l'accesso ai protocolli ai soggetti esterni che siano incaricati di attività funzionali all'efficace attuazione del Modello di organizzazione.

Quanto ai presidi esistenti relativi al ricevimento ed utilizzo dei materiali ed alla verifica delle prestazioni, devono essere previste integrazioni al fine di garantire la verifica in itinere ed il corretto utilizzo secondo quanto di seguito dettagliato (tenuto conto anche dell'esigenza di raccordare tali attività con il ricevimento della fattura passiva e l'avvio al pagamento ad oggi non normati da specifiche procedure):

a) Introduzione di sistemi per *l'annullamento* dei contrassegni identificativi di presidi e farmaci ad avvenuto utilizzo o smaltimento degli stessi (annullamento da conseguire tramite apposizione sulla documentazione sanitaria ove necessario o distruggendo/rendendo inutilizzabili i contrassegni non necessari o relativi a prodotti non idonei)

b) Previsione di relazioni a stato di avanzamento lavori a dimostrazione dell'effettiva erogazione per i servizi di consulenza

c) Sistemi di evidenza delle bolle/fatture che contengano rilevanti sconti e/o omaggi, con eventuale richiesta di evidenza scritta delle motivazioni alla base degli stessi

d) Sistemi di analisi dell'andamento di approvvigionamenti delle categorie di forniture sensibili relativamente a quantità e costi con evidenza degli scostamenti rilevanti

V.b (cod. A.02) Attivita' di progettazione ed erogazione dei servizi di diagnosi e cura

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SANTABARBARA HOSPITAL

Deve preliminarmente chiarirsi il significato dell'espressione *"attività di progettazione ed erogazione dei servizi di diagnosi e cura"* in relazione alle attività svolte ed allo status giuridico della Società e quindi le relative attività sensibili.

Nello specifico rilevano:

a) rapporti con il committente pubblico da intendersi come insieme degli organi e dei soggetti del Servizio Sanitario Regionale, ivi compresi strutture assessoriali, ASP di competenza, medico di base, strutture ospedaliere pubbliche.
b) I rapporti con l'ASP in relazione alla definizione del budget relativo alle attività convenzionate, ivi compresi eventuali flussi informativi relativi all'identificazione dei bisogni di cura nel contesto territoriale di riferimento
c) I rapporti con l'ASP in relazione al controllo sull'attività svolta e sulle prestazioni rendicontate
d) Il raggiungimento ed il mantenimento dei requisiti qualitativi e quantitativi (strutture, personale, strumenti, prodotti) richiesti per il mantenimento dell'accreditamento e del rapporto di convenzione o in ogni caso strumentali alla conforme erogazione delle prestazioni
e) La necessità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate nonché l'effettiva corrispondenza tra prestazioni erogate e prestazioni oggetto di rendicontazione, tenuto conto del rapporto e della concorrenza tra ricoveri, ambulatori convenzionati esterni ed ambulatori a pagamento (prestazioni tutte rientranti tra quelle erogate dal SBH)
f) Il rapporto con l'utenza destinataria dei servizi di diagnosi e cura
g) La corretta esposizione e fatturazione delle prestazioni erogate in regime di convenzione (anche al fine di rappresentare correttamente i bisogni di cura sul territorio ai quali il SBH ha dato soddisfazione)
h) La corretta esposizione e fatturazione delle prestazioni erogate con pagamento a carico del paziente (in particolare in relazione alla falsa fatturazione finalizzata ad ottenere rimborsi indebiti da parte di assicurazioni)

Quanto sopra va gestito in stretto raccordo con l'attività sensibile A.01 relativa agli approvvigionamenti, con l'attività sensibile A.05 relativa ai rapporti con soggetti esterni ed alle sponsorizzazioni, nonché con l'attività sensibile A.07 relativa alla gestione del personale.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

• Truffa aggravata ai danni dello Stato o di altri enti pubblici

• Corruzione e concussione in relazione ai rapporti con la committenza pubblica e con gli utenti finali, relativamente all'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura nonché alla certificazione di informazioni relative allo stato di salute dei pazienti

• Reati associativi in relazione all'esecuzione di prestazioni in favore di soggetti riferibili ad organizzazioni criminali

• Reati in materia di antinfortunistica e igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro

CAMPO D'APPLICAZIONE

Attività relative a:

• Erogazione dei servizi e rendicontazione alla committenza pubblica

• Erogazione dei servizi con fatturazione al paziente

• Gestione delle infrastrutture e degli strumenti, prodotti e presidi

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.b1 Attività trasversale di supporto: il sistema di supporto alla formazione ed all'attuazione delle decisioni

In coerenza con i principi di trasparenza e motivazione il cui rispetto deve caratterizzare gli *"specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni"*, anche al fine di poter documentare la sostenibilità giuridica dei rapporti e delle singole operazioni nei confronti della committenza, è necessaria la creazione di un "sistema di supporto alla formazione ed all'attuazione delle decisioni" da alimentare con tutti quegli elementi e documenti che siano in grado di orientare e rendere giuridicamente sostenibili le decisioni e le prassi operative.

Il sistema di supporto deve essere in grado mettere a sistema gli elementi di valutazione e misurazione da utilizzare come termine di paragone per le prassi adottate nel quadro dei rapporti con il committente pubblico.

In tale sistema dovranno in particolare convergere:

a) Norme di legge o regolamentari applicabili
b) Circolari di interpretazione autentica
c) Giurisprudenza rilevante
d) Corrispondenza con la committenza in grado di orientare i rapporti futuri con lo stesso committente (ivi comprese eventuali contestazioni o i c.d. *verbali in contraddittorio*)

e) Pareri richiesti a consulenti esterni

In particolare, nel settore di attività della Società sono reperibili una serie di indicatori di tipo qualitativo, quantitativo e temporale in grado di orientare il setting di cura da utilizzare e la creazione o meno di un nuovo percorso di cura.

Si possono citare a titolo di esempio:

a) Ricoveri incongrui o ad alto rischio di inappropriatezza
b) La successione temporale tra prestazioni di diagnostica e ricovero con possibile identificazione delle prime come ambulatoriali in regime di convenzione esterna piuttosto che come attività di pre-ricovero
c) I regimi di dimissione protetta
d) La riabilitazione neurologica per i tempi di decorrenza dalla data di esordio della patologia o per i limiti temporali della degenza
e) La complicanza dei DRG o la variazione in itinere del setting di cura

A tali elementi si affiancano analoghe valutazioni in relazione all'adeguatezza organizzativa e dell'organico utilizzato dal SBH.

La Società, consapevole delle criticità sopra descritte, ha nel tempo adottato delle buone prassi volte alla ricerca di una condivisione e risoluzione preventiva con la committenza in caso di dubbi interpretativi.

Il sistema di supporto alle decisioni, che costituisce *"area di intervento prioritario"*, si pone l'obbiettivo di mettere a sistema le indicazioni utili alla risoluzione delle criticità del tipo sopra descritto, identificando delle linee di azione e definendo dei sistemi di *allerta* (anche automatizzati tramite opportune configurazioni del sistema informatico) utili ad evidenziare eventuali anomalie per le quali definire la reale portata (non potendosi nel settore sanitario collegare la conformità dell'agire soltanto a meri automatismi).

Quale parte del sistema di supporto dovranno essere identificate le procedure finalizzate alla selezione ed acquisizione delle fonti rilevanti e le stesse dovranno essere classificate in modo da essere immediatamente disponibili e conoscibili da parte di tutti i soggetti interessati in quanto decisori, operatori e controllori interni (es. Organismo di vigilanza, verso il quale dovranno essere previsti specifici flussi informativi) o esterni (es. committenza pubblica).

Il completamento di tale sistema è costituito dalle *queries* sul gestionale software in uso finalizzate a portare ad emersione indicatori e relative anomalie con riferimento all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed alla loro valorizzazione, a partire dagli indicatori sopra riportati (Punti A. - E.).

V.b2 (cod. A.02.1) Assegnazione e ridefinizione della convenzione e del budget: bisogni di cura, verifica della capacità organizzativa e contraddittorio con la committenza pubblica

Le attività sensibili in oggetto fanno riferimento alla fase di valutazione sulla sussistenza delle condizioni e dei requisiti necessari e del contraddittorio con la stessa, sia in fase di prima implementazione di nuove attività convenzionate che in relazione all'eventuale estensione o rideterminazione delle convenzioni in essere.

I punti e principi qualificanti dell'attività sono:

a) Trasparenza e formalizzazione dei rapporti con la committenza, con attribuzione di specifiche deleghe ai soggetti incaricati della gestione di tali rapporti anche ma non solo in sede decisionale
b) Verifica dell'esistenza dei requisiti formali e sostanziali
c) Compatibilità con i servizi in essere sotto il profilo della capacità complessiva (e relativa adeguatezza organizzativa)
d) Corretta evidenza delle informazioni relative ai bisogni di cura ed all'accesso alle prestazioni offerte dal SBH
e) Trasparenza nella gestione e distribuzione del budget assegnato tra le prestazioni per le quali la Società è contrattualizzata, ivi compresa l'assenza di misure di stimolo al personale medico che prevedano la fissazione di obbiettivi di palese difficile raggiungimento

Pertanto le aree di intervento prioritario sono le seguenti:

a) Gestione delle liste d'attesa: prova della gestione trasparente delle stesse e corretta gestione dei flussi informativi nei confronti della committenza pubblica
b) Formalizzazione dei processi di formazione delle decisioni in relazione all'ottimizzazione dell'utilizzo del budget e eventuali connessi piani di incentivo (intesi anche come compensi ancorati al numero di prestazioni erogate)
c) Adozione di protocolli per la formalizzazione delle attività di tipo istituzionale volte alla gestione partecipata delle strategie del servizio sanitario regionale anche in relazione ad incarichi istituzionali dei vertici aziendali o dei soci (alla luce della presenza nella compagine societaria di soggetti operanti nel settore sanitario con attività estranee rispetto a quelle del SBH
d) Previsione di flussi qualificati sistematici nei confronti dell'Organismo di vigilanza

V.b 3 (cod. A.02.2) Erogazione dei servizi di diagnosi e cura: accesso, erogazione e rendicontazione

Le attività in oggetto sono relative alla fase di erogazione dei servizi di diagnosi e cura ed alle conseguenti fasi di rendicontazione, da intendersi come riscontro tra attività previste, attività svolte e relativi costi, e di fatturazione secondo quanto previsto dai prontuari e dalla convenzione in essere.
I punti e principi qualificanti dell'attività sono:

a) Verifica dell'identità del paziente e del diritto all'accesso alla prestazione, con trasparenza e tracciabilità delle interlocuzioni con il medico di base e le strutture ospedaliere pubbliche in quanto punto di accesso al SSR
b) Corretta rappresentazione dei servizi offerti, anche con riferimento alla *Carta dei servizi*, evidenziando con nettezza al paziente le prestazioni ricomprese in convenzioni con il SSR e quelle per le quali è richiesto il pagamento diretto
c) Corretta rappresentazione dell'accesso del paziente alla struttura ed ai percorsi di diagnosi e cura, in particolare in relazione alla verifica dell'identità del paziente ed al titolo a ricevere la prestazione, nonché al rilascio di certificazioni attestanti lo stato di salute del paziente stesso
d) Implementazione di un sistema di controlli sull'effettiva prestazione dei servizi e sull'effettivo impegno di mezzi e personale
e) Appropriatezza delle prestazioni erogate e della codifica delle stesse, nonché della effettiva maturazione delle condizioni per la rendicontazione
f) Necessità delle prestazioni erogate soggette a rendicontazione, in particolare con riferimento al concorso tra ricovero, diagnostica e ambulatori, alla variazione in itinere del *setting* di cura ed alla gestione dei periodi-soglia

Pertanto le aree di intervento prioritario sono le seguenti:

a) Creazione, sulla base delle misurazioni e delle definizioni tipologiche derivanti dal sistema di supporto alle decisioni, di sistemi di allerta basati su categorie di prestazioni, di patologie o sulla storia di specifici pazienti anche in relazione a prestazioni riferibili a diversi ambiti di intervento o differenti setting di cura.
b) Creazione di specifici report sulla base delle evidenze di cui al Punto A., con attivazione di flussi qualificati nei confronti dell'Organismo di vigilanza

c) Creazione di specifici protocolli in relazione alla formazione ed emissione di documenti certificativi dello stato di salute del paziente
d) Formalizzazione di specifici protocolli per la verifica dei requisiti strutturali anche in termini di conformità di ambienti e strumenti all'erogazione della prestazione sanitaria
e) Formalizzazione di protocolli di raccordo con quanto previsto dalle attività sensibili A.01 e A.07 in relazione alla gestione del personale e degli strumenti/prodotti utilizzati
f) Formalizzazione di protocolli relativi alla coerenza tra importi fatturati e prestazioni specificamente erogate

GAP ANALYSIS DELL'ATTIVITÀ SENSIBILE DI APPROVVIGIONAMENTO

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	**AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIONELLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO**
IL SISTEMA DI SUPPORTO ALLA FORMAZIONE ED ALL'ATTUAZIONE DELLE DECISIONI	
	Il sistema di supporto alla formazione ed all'attuazione delle decisioni si compone dei seguenti moduli: a) Data base del sistema di supporto: il data base (da intendersi non necessariamente come luogo fisico/logico di conservazione delle informazioni bensì come sistema di raccordo e per la rintracciabilità delle informazioni stesse) dovrà contenere l'elenco delle decisioni rilevanti secondo lo schema DATA - TIPO DOCUMENTO - DESCRIZIONE GENERALE - CRITERI MISURABILI. Per *tipo documento* si intende la fonte richiamata (es. normativa, regolamentare, giurisprudenza, circolari di indirizzo o di interpretazione autentica), per *"descrizione generale"* si intende il campo di applicabilità della decisione (es. patologia, setting di cura), per *"criteri misurabili"* si intendono quelle misurazioni in grado di orientare le decisioni future (es. 30 giorni periodo soglia, 120 giorni da esordio patologia per riabilitazione, unico Day Hospital nell'anno solare). Il data base deve essere accompagnato da procedure che identifichino i criteri per l'ammissione di nuove decisioni ed i soggetti deputati alla proposta ed al vaglio di nuovi inserimenti b) Identificazione dei *"Punti critici di misurazione"*: si tratta dei passaggi procedurali in occasione dei quali deve essere verificata la compatibilità della prassi operativa con le misurazioni del sistema di supporto (es. valutazione impegnativa di ricovero del medico di base, ricovero in DH, esordio complicanza, rendicontazione) c) Implementazione dei sistemi di allerta e reportistica: a seguito del confronto di cui al Punto II, generazione di messaggi di allerta (se possibile automatizzati tramite il sistema informatico con idonee garanzie di marcatura temporale ed immodificabilità) immediati o tramite report periodico delle anomalie riscontrate (es. pazienti con più DH in corso d'anno solare, con nuova prestazione entro i 30 giorni del periodo soglia, setting di cura non appropriato per la specifica patologia)

A.02.1 - ASSEGNAZIONE E RIDEFINIZIONE DELLA CONVENZIONE E DEL BUDGET: VERIFICA DELLA CAPACITA' ORGANIZZATIVA E CONTRADDITTORIO CON LA COMMITTENZA PUBBLICA	
1 - Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta – ASP 2 Strategia aziendale relativa alla contrattualizzazione del personale medico 3 Piano della disinfezione, della sanificazione e della sterilizzazione – in quanto rilevante per l'adeguatezza strutturale nonché per la definizione del Piano e del Programma di sala operatoria e delle relative liste d'attesa.	a) Ricognizione e formalizzazione degli incarichi rivestiti da amministratori o personale del SBH in relazione ai rapporti con il committente pubblico, anche in seno ad organismi rappresentativi (es. associazioni di categoria, ordini professionali), con l'attivazione di uno specifico protocollo riservato degli incontri e delle comunicazioni intercorse che possano avere rilevanza per la Società e con l'attivazione di reportistica periodica nei confronti dell'Organismo di vigilanza b) Formalizzazione di una specifica procedura per la redazione di un report periodico contenente le direttive strategiche aziendali relative all'utilizzo del budget ed ai relativi criteri (anche con riferimento al sistema di supporto alle decisioni – es. priorità per i DRG fuga – nonché al rispetto dei requisiti di carattere di strutturale – es. rotazione sale operatorie e strumenti diagnostici) c) Formalizzazione dei criteri alla base della gestione delle lista d'attesa e delle relative procedure di gestione con particolare riferimento a: strategie aziendali, criteri per la determinazione delle urgenze, turnazione delle prestazioni sulla base delle risorse organizzative e strutturali disponibili (es. rotazione sale operatorie per esigenze di gestione risorse e sanificazione ambienti). Tali aspetti, in quanto misurabili, potranno essere considerati quale parte del Sistema di supporto alle decisioni. d) Estensione della fatturazione (e relativa verifica) a tutte le prestazioni erogate in regime privatistico anche quando non venga richiesto onorario (con emissione di fattura a saldo zero)
A.02.2 - EROGAZIONE DEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA: ACCESSO, EROGAZIONE E RENDICONTAZIONE	
1 Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta – ASP 2 Procedure aziendali come da documento di raccordo tra SGI e Modello di organizzazione	a) Identificazione dei *"punti critici"* di raccordo con i soggetti del SSR con particolare riferimento ai medici di base ed alle strutture ospedaliere pubbliche in quanto porte di accesso al SSR stesso. Nel quadro dell'identificazione dei punti critici, formalizzazione di procedure per la valutazione dell'appropriatezza della prescrizione, anche con riferimento ad eventuali attività esterne del personale medico b) Raccordo delle attività di erogazione della prestazione sanitaria e dei relativi requisiti organizzativi e strutturali con il sistema di supporto alle decisioni ed i relativi sistemi di evidenza c) Raccordo con le attività di gestione delle risorse umane (A.07) relativamente alla tracciabilità ed alla verifica delle competenze del personale medico d) Formalizzazione di specifiche procedure in relazione all'emissione di certificazioni attestanti lo stato di salute del paziente, con previsione di form di raccolta delle informazioni relative alle finalità delle certificazioni stesse e la previsione di controlli su più livelli sulla conformità delle stesse (anche tramite vaglio della Direzione Sanitaria)

V.c (cod. A.03) Attivita' relative alla gestione dei flussi finanziari

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

Per attività relative alla gestione dei flussi finanziari si intendono quelle attività che comportino la disponibilità e l'utilizzo di risorse finanziarie da parte della Società.

Si deve evidenziare che la gestione ed il controllo dei flussi finanziari finalizzati alla prevenzione dei reati-presupposto costituiscono condizione di idoneità del MOC come da esplicito riferimento dell'art. 6 del D.Lgs. 231/2001.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

Tutti i reati presupposto in ragione del valore trasversale dell'attività in esame e del richiamo dell'art. 6 del D.lgs. 231/2001

CAMPO D'APPLICAZIONE

Attività finanziarie relative a:

- Gestione dei flussi finanziari in entrata ed in uscita
- Gestione dei fondi aziendali
- Impiego di disponibilità liquide

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.c 1 + (cod. A.03.1) Flussi di cassa e gestione incassi e pagamenti

GESTIONE PAGAMENTI

Le procedure devono garantire il rispetto di almeno i seguenti requisiti minimi, accompagnati da idonei strumenti di verifica e da flussi qualificati all'Organismo di vigilanza e controllo relativamente ai soggetti autorizzati:

a) Presenza di uno scadenziario analitico delle posizioni debitorie con verifiche sull'anagrafica del fornitore, sulla congruità delle operazioni e sull'avvenuta maturazione del diritto al pagamento della fornitura o prestazione
b) Regole formalizzate sull'utilizzo dei mezzi di pagamento, sulla loro custodia/protezione e sui soggetti autorizzati – ivi compresi gli strumenti di on line banking
c) Regole formalizzate relative alla creazione delle casse, sulla custodia/protezione e sui soggetti autorizzati

d) Regole formalizzate relative alla gestione dei rapporti con le banche, ivi compresa la negoziazione delle condizioni applicate

GESTIONE INCASSI

Le procedure di incasso assumono valore peculiare in quanto consistono di fatto per una parte prevalente in trasferimenti finanziari da parte della committenza pubblica in relazione al rapporto di convenzione. Pertanto l'attenzione si deve concentrare sulla corretta erogazione dei servizi di diagnosi e cura e sulla rendicontazione, per le quali si rimanda alle specifiche attività sensibili.

Esistono tuttavia anche attività svolte nei confronti dell'utenza finale che prevedono costi a carico della stessa (per ticket o per prestazioni in regime ambulatoriale a pagamento): per tali attività dovranno operare gli stessi principi di trasparenza appena analizzati in relazione alla *gestione dei pagamenti*, quali la regolamentazione nell'utilizzo dei mezzi di pagamento, nonché sistemi di tracciabilità delle transazioni attive che includano l'identificazione dei soggetti autorizzati al ricevimento di pagamenti.

V.c 2 (cod. A.03.2) Finanziamenti e conferimenti in denaro

Il Consiglio di Amministrazione è responsabile delle valutazioni economico comparative per la selezione delle più idonee fonti di finanziamento. L'inizio della fase di valutazione e le eventuali decisioni devono essere oggetto di flussi qualificati preventivi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza e controllo.

Deve essere data corretta rappresentazione a bilancio delle operazioni finanziarie a medio e lungo termine (vedi anche attività sensibili di cui ad A.04).

Deve essere data comunicazione all'Organismo di Vigilanza di qualunque operazione di finanziamento alle attività della Società proveniente da soggetti non appartenenti alle categorie di intermediari finanziari regolamentati.

Nel quadro di quanto sopra, deve essere acquisita idonea documentazione a supporto di eventuali conferimenti da parte dei soci.

GAP ANALYSIS

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLEAREE DI INTERVENTO PRIORITARIO
A.03.1 - FLUSSI DI CASSA E GESTIONE INCASSI E PAGAMENTI	
Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta - ASP Procedure relative alla gestione del contante per incassi e pagamenti, formalizzate solo per la parte relativa ai mansionari Profilazione utenti relativamente ai servizi di on line banking Identificazione esplicita, seppur non formalizzata, dei soggetti addetti ai pagamenti e delle forme di pagamento consentite	Formalizzazione delle procedure relative alla gestione degli incassi, comprensive dei passaggi da accettazione ad amministrazione. Previsione di procedure volte a diminuire la giacenza media in cassa. Formalizzazione del sistema di deleghe relativamente ai pagamenti, comprensive di limiti di spesa con particolare riferimento ai pagamenti per contanti. Formalizzazione di procedure relativamente alle trasferte/missioni e ad eventuali sospesi di cassa. Creazione di specifici account di on line banking coerenti con il sistema di deleghe attivato. Creazione di flussi qualificati nei confronti dell'OVC relativamente agli incarichi ed al sistema di deleghe formalizzato e ad eventuali modifiche dello stesso.
A.03.2 - GESTIONE FINANZIAMENTI	
	I. Creazione di flussi qualificati nei confronti dell'OVC relativamente agli eventi in oggetto

V.d (cod. A.04) Attivita' di gestione amministrativa contabile

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

Non sussistono peculiarità in relazione alla gestione amministrativa e contabile in quanto risultano applicabili i normali regimi previsti da norme di legge.

Quanto alla corretta e trasparente esposizione della situazione societaria si pongono invece criticità in relazione alla corretta esposizione della situazione creditoria nei confronti del committente pubblico, in quanto la presenza di controlli di II° livello e l'analisi dei provvedimenti regolatori evidenziano la possibile modifica ex post dei rimborsi rendicontati, riconosciuti ed effettuati.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

- Reati societari
- Corruzione e concussione
- Truffa aggravata ai danni dello Stato

CAMPO D'APPLICAZIONE

Tutte le attività di registrazione, redazione, controllo e conservazione dei documenti contabili ed extracontabili.

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.d 1 (cod. A.04.1) Organizzazione del piano dei conti e gestione degli strumenti informatici per le attività contabili

Il piano dei conti, ossia l'elenco dei conti impiegati in una data contabilità per la tenuta della scritture contabili, deve essere strutturato in modo che i conti della contabilità generale siano collegati alle voci di bilancio.

Occorre, quindi, che l'azienda si doti di un piano dei conti scritto, con la descrizione del contenuto, che per numerazione e classificazione consenta di ricondurre i conti della contabilità (es. conti collegati allo Stato Patrimoniale o al Conto Economico) in modo univoco alle voci di bilancio, tenuto conto delle disposizioni del codice civile che dettano lo schema a cui fare riferimento per la redazione del bilancio (ex artt. 2424 e 2425 c.c.).

La Direzione Amministrativa è responsabile della modifica, dell'aggiornamento del piano dei conti, nonché dell'inserimento di nuovi conti.

Le attività sopra descritte devono essere obbligatoriamente inserite tra quelle da analizzare e monitorare ai fini della valutazione dell'adeguatezza dei requisiti del sistema informatico (si veda A.07).

V.d 2 (cod. A.04.2) Contabilizzazione e archiviazione

I libri contabili devono essere aggiornati e le registrazioni devono essere effettuate in ordine cronologico.
Per effettuare le registrazioni contabili occorre sempre specificare la natura dei conti che subiscono le variazioni.
L'archiviazione dei documenti contabili, nonché dei libri contabili devono seguire i principi stabiliti sia dalla normativa civile che fiscale.
In considerazione dell'adozione di un sistema elettronico per la tenuta della contabilità da parte dell'azienda, che introduce una netta separazione fra il momento della registrazione delle scritture e la formalizzazione delle medesime, che avviene solo in fase di stampa del libro giornale, si rende necessario che la Direzione Amministrativa trasmetta all'Organismo di Vigilanza un documento informatico non modificabile ogni 30/60 giorni relativo al libro giornale ed al libro inventari.

V.d 3 (cod. A.04.3) Redazione del bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 2423 del c.c. *"Il bilancio deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società e il risultato economico dell'esercizio."*
La Direzione Amministrativa è responsabile per la redazione della bozza di bilancio, che supportata da apposite dichiarazioni circa la veridicità delle informazioni riportate (ossia, che le poste iscritte nell'attivo dello stato patrimoniale sono effettivamente esistenti alla data di bilancio e che nel conto economico sono riportati i costi effettivamente sostenuti dall'impresa), nonché della correttezza nella determinazione dei valori di bilancio (ossia, rispetto degli idonei ed appropriati criteri contabili e giuridici nella determinazione di tali valori - es., rispetto della competenza economica, iscrizione di beni strumentali al costo di acquisizione rettificato da ammortamenti sistematicamente e congruamente determinati), deve essere trasmessa all'Organismo di Vigilanza almeno 15 giorni prima dell'invio della stessa all'Assemblea dei soci per l'approvazione, accompagnata da una relazione che evidenzi lo stato dell'arte rispetto ai rapporti con la committenza pubblica in grado di influire sulla valorizzazione e sulle valutazioni esposte nel bilancio stesso.

Devono inoltre essere oggetto di immediata comunicazione all'Organismo di Vigilanza gli eventi/gli atti successivi alla chiusura del bilancio suscettibili di modificare le valutazioni effettuate in sede di redazione del bilancio stesso.

V.d 4 (cod. A.04.4) Rapporti col Collegio Sindacale

Nella gestione di tali rapporti valgono i presenti requisiti generali:

a) Deve essere prevista la presenza di specifiche deleghe per i rapporti con il Collegio sindacale, nonché l'attivazione di un apposito protocollo per il controllo dei flussi documentali.
b) Deve inoltre essere prevista una procedura di verifica affinché i membri del Collegio Sindacale non svolgano incarichi di consulenza amministrativa per la Società che ne minino i requisiti di autonomia ed indipendenza previsti dalle norme di legge vigenti.

Devono essere previsti flussi di informazione qualificati nei confronti dell'Organismo di vigilanza e controllo relativamente alle indicazioni fornite dal Collegio Sindacale ed ai documenti da essi prodotti, nonché alle azioni adottate dalla Società al fine di dare riscontro alle indicazioni di tali soggetti.

GAP ANALYSIS

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLEAREE DI INTERVENTO PRIORITARIO
A.04.1 - ORGANIZZAZIONE DEL PIANO DEI CONTI E GESTIONE DEGLI STRUMENTI ELETTRONICI PER LE ATTIVITA' CONTABILI	
	a) Formalizzazione delle procedure per l'aggiornamento o modifica del piano dei conti, nonché dell'inserimento di nuovi conti. b) Creazione di un controllo di II livello per l'approvazione di una proposta di aggiornamento o modifica del piano dei conti, o di inserimento di nuovi conti.
A.04.2 - CONTABILIZZAZIONE ED ARCHIVIAZIONE	
	a) Formalizzazione procedure di contabilizzazione/archiviazione dei documenti e libri contabili. b) Creazione di un flusso informativo periodico nei confronti dell'Organismo di Vigilanza da parte dell'unità contabilità, di un documento informatico non modificabile ogni 30/60 giorni relativo a libro giornale e libro inventari.
A.04.3 - REDAZIONE DEL BILANCIO	
	a) Formalizzazione procedure di redazione della bozza del Bilancio d'esercizio da trasmettere al Consiglio di Amministrazione, all'Assemblea dei Soci e all'Organismo di Vigilanza. b) Creazione dei flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.
A.04.4 - RAPPORTI CON IL COLLEGIO SINDACALE	
	a) Formalizzazione procedure per riscontro richieste e indicazioni del Collegio Sindacale b) Attivazione dei flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.

V.e (cod. A.05) Attività istituzionali e rapporti con le pubbliche amministrazioni

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

Le attività in oggetto sono relative ai rapporti *qualificati* che siano strumentali o correlati al *core business* aziendale o mirate ad evidenziarne il ruolo di promozione sociale e *sistemico*.

In particolare sono riferibili all'oggetto:

a) I rapporti con le pubbliche amministrazioni in relazione ad attività del SBH con particolare riferimento al rapporto di convenzione e più in generale ad attività autorizzative o ispettive
b) I rapporti istituzionali gestiti da persone fisiche riferibili alla Società seppur non direttamente imputabili alla stessa (es. associazioni di categoria e/o datoriali)
c) I rapporti con i pazienti dove soggetti riferibili alla Società assumano il ruolo di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio
d) Le sponsorizzazioni ed i contributi ad attività di ricerca o di assistenza

In particolare:

a) I rapporti con pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio possono portare ad episodi di concussione e di corruzione (aventi come finalità anche l'omissione di attività, ad esempio in occasione di ispezioni)
b) Gli illeciti di cui sopra possono essere commessi anche in modo più o meno mediato in occasione di attività di tipo istituzionale e di rappresentanza o mediante l'utilizzo di schermi costituiti, ad esempio, da incarichi e consulenze per attività di ricerca o da contributi ad enti o associazioni di fatto riferibili ad interlocutori pubblici.

L'attività sensibile in oggetto si presenta come trasversale e prevede sia norme di condotta generali che singoli presidi in ragione delle specifiche attività; obiettivo delle presenti strategie di regolazione è identificare dei criteri generali e omogenei stabilendo requisiti minimi di trasparenza e tracciabilità che potranno essere integrati con specifiche prescrizioni relative alle singole attività sensibili.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

• Corruzione e concussione
• Reati societari
• Reati in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro

CAMPO D'APPLICAZIONE
Tutte le attività che prevedano un raccordo con pubbliche amministrazioni le richieste di autorizzazione presentate a enti pubblici, tutte le ispezioni o richieste di informazioni da parte di enti pubblici.
Tutte le attività di sponsorizzazione o contribuzione.

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.e 1 (cod. A.05.1) Soggetti e adempimenti nei rapporti con pubbliche amministrazioni

Principi generali ed aree di intervento prioritario:

a) Devono essere predisposti elenchi nominativi dei soggetti autorizzati ai rapporti con le pubbliche amministrazioni, identificando, se necessario per categorie omogenee tipologia degli interlocutori ed operazioni eseguibili. Tale elenco deve essere aggiornato e formare oggetto di flussi qualificati periodici nei confronti dell'Organismo di vigilanza e controllo
b) Tutti i documenti oggetto di comunicazione alle pubbliche amministrazioni in occasione di procedimenti autorizzatori o ispezioni devono essere tracciati tramite apposito protocollo
c) Quando in funzione di procedimenti autorizzatori o ispezioni sono richieste attestazioni di soggetti esterni, gli stessi devono firmare specifici impegni alla veridicità e correttezza delle attestazioni stesse.
d) È fatto divieto di offrire doni o altre liberalità ad interlocutori riferibili a pubbliche amministrazioni (ivi compresi eventuali soggetti privati assegnatari di specifiche attività da parte delle pubbliche amministrazioni stesse) se non per importi di modico valore.
e) Deve essere predisposto il Codice Etico destinato a tutti i soggetti riferibili al SBH a prescindere dal loro coinvolgimento nell'efficace attuazione del Modello di organizzazione; il Codice Etico dovrà esplicitare *in negativo* il divieto di esprimere sotto qualsiasi forma ed in qualunque contesto prese di posizione per conto della Società se non espressamente autorizzati.

V.e 2 (cod. A.05.2) Consulenze scientifiche

Qualora per lo svolgimento della propria attività la Società debba attivare rapporti con consulenti scientifici devono essere adottati specifici protocolli atti ad

assicurare l'assenza di conflitti di interesse o ad evitare un abuso di tali strumenti al fine di ottenere vantaggi illeciti.
Aree di intervento prioritario:

a) Attivare procedure comparative di selezione per l'attribuzione di consulenze scientifiche, assumendo informazioni utili ad impedire l'attribuzione di incarichi a persone fisiche riferibili alle pubbliche amministrazioni interlocutrici o che abbiano rivestito incarichi analoghi negli ultimi cinque anni, nonché ad enti collettivi ai quali siano riferibili le persone fisiche sopra descritte

V.e 3 (cod. A.05.3) Sponsorizzazioni o contribuzioni

Consapevole della responsabilità sociale derivante dall'operare nel settore socio-sanitario, la Società promuove iniziative di sostegno alla ricerca scientifica o all'assistenza in materia socio sanitaria.
La Società può inoltre sponsorizzare l'attività di organizzazioni no profit.
Per assicurare che non vi siano abusi o false rappresentazioni in relazione a tali attività, devono essere adottati specifici protocolli volti a garantire l'assenza di collegamenti con persone fisiche riferibili a pubbliche amministrazioni interlocutrici e l'effettivo utilizzo delle risorse per i progetti ai quali le stesse sono state destinate.
Aree di intervento prioritario:

a) Devono essere attivati specifici protocolli per la verifica dell'effettivo utilizzo delle risorse secondo la destinazione concordata. Tale controllo deve essere attivato in stretta sinergia con i soggetti finanziati anche tramite la richiesta agli stessi di specifica rendicontazione

GAP ANALYSIS

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLEAREE DI INTERVENTO PRIORITARIO
A.05.1 - SOGGETTI E ADEMPIMENTI NEI RAPPORTI CON PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI	
1 Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta – ASP	a) Creazione di flussi qualificati nei confronti dell'OVC relativamente agli incarichi ed al sistema di deleghe formalizzato e ad eventuali modifiche dello stesso. b) Adozione del Codice Etico
A.05.2 - CONSULENZE SCIENTIFICHE	
	a) Formalizzazione di specifiche procedure
A.05.3 - SPONSORIZZAZIONI O CONTRIBUZIONI	
	a) Formalizzazione di specifiche procedure

V.f (cod. A.06) Processo di gestione dei processi informatici

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

Una adeguata gestione organizzativa e tecnica del sistema informatico è presupposto indispensabile per la tracciabilità delle operazioni effettuate e dei flussi informativi.

La Società dovrà essere in grado di identificare a quali operazioni, flussi informativi o singoli file/documenti in formato elettronico debbano essere applicati idonei presidi in termini di:

a) Autenticazione e riconoscimento dell'operatore del sistema informatico
b) Tracciabilità delle operazioni svolte dai singoli operatori
c) Immodificabilità delle informazioni
d) Generazione di sistemi di allerta e reportistica

- Attribuzione dei medesimi standard di certezza delle comunicazioni

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

Tutti i reati presupposto.

CAMPO D'APPLICAZIONE

Tutte le attività supportate da sistemi informatici e telematici per l'elaborazione e la trasmissione di dati ed informazioni che per la loro natura hanno influenza sui rischi connessi reati-presupposto di cui al D.lgs. 231/2001.

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.f 1 (cod. A.06.1) Integrità, disponibilità ed utilizzo dei sistemi informativi

Devono essere formalizzate delle policies di gestione dell'accesso al sistema informatico aziendale con la previsione di almeno i seguenti requisiti:

a) Sistemi e procedure atti a garantire l'integrità, la disponibilità e la veridicità dei dati e delle informazioni
b) Sistemi di tracciabilità degli accessi al sistema informatico
c) Identificazione delle operazioni sensibili per le quali si renda eventualmente necessaria la creazione e conservazione di un log degli accessi con indicazione delle operazioni eseguite, o per le quali debba essere garantita l'immodificabilità del dato

d) Credenziali di autenticazione (coppia di valori User-ID + Password) univoche e personalizzate in funzione dei ruoli e dei compiti attribuiti al personale utilizzatore del sistema informatico
e) Identificazione dei soggetti autorizzati utilizzo dell'accesso ad internet, alla trasmissione dati alla Pubblica Amministrazione, all'accesso al sistema bancario (on line banking)
f) Identificazione dei soggetti dotati di dispositivi di firma elettronica e dei criteri per la conservazione degli stessi

V.f 2 (cod. A.06.2) Sistemi di controllo e monitoraggio

Devono essere previsti controlli periodici sull'effettività e sul mantenimento dei requisiti fissati, con la previsione di flussi qualificati nei confronti dell'Organismo di vigilanza e controllo sugli esiti dei controlli stessi.

GAP ANALYSIS

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	**AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO**
A.06 - PROCESSO DI GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATICI	
1 Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta – ASP 2 Adempimenti in materia di protezione dei dati personali 3 Privilegi attribuiti all'Amministratore Delegato, al Direttore Generale ed al Direttore Amministrativo	a) Adozione del Codice Etico b) Formalizzazione di profili di autorizzazione e sistemi di tracciabilità in coerenza con le previsioni di cui al Sistema di supporto alle decisioni, all'organigramma ed al sistema di deleghe formalizzato

V.g (cod. A.07) Gestione del personale e adeguatezza organizzativa

SENSIBILITÀ DELL'ATTIVITÀ IN RELAZIONE AL SBH

In relazione all'attività di gestione delle risorse umane devono essere considerati punti rilevanti:

a) Le procedure di reclutamento, assunzione ed avanzamento professionale del personale
b) Le procedure di gestione operativa e tecnica del personale sotto il profilo delle mansioni, della turnazione e del rilevamento delle presenze
c) Le procedure di gestione amministrativa ed economica sotto il profilo del rilevamento delle presenze, dell'acquisizione della documentazione giustificativa, della redazione delle buste paga, del pagamento delle retribuzioni e dell'assolvimento degli obblighi in materia fiscale e contributiva
d) La formazione del personale finalizzata all'efficace attuazione del modello di organizzazione

Ai fini della dimostrazione dell'adeguatezza organizzativa del SBH quale elemento imprescindibile del rapporto con la committenza pubblica.

SINTESI DEI REATI-PRESUPPOSTO RILEVANTI

• Truffa aggravata alla pubblica amministrazione
• Reati in tema di erogazioni pubbliche
• Reati in materia di sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro
• Tutti i reati presupposto in relazione alla formazione sul D.lgs. 231/2001 ed il Modello di organizzazione, gestione e controllo

CAMPO D'APPLICAZIONE

Tutte le attività di selezione, assunzione, gestione e remunerazione del personale.

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ ED AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

V.g 1 (cod. A.07.1) Selezione, assunzione ed avanzamento professionale del personale

Nel quadro del rapporto di accreditamento e contrattualizzazione in essere, il SBH è tenuto ad assicurare la presenza e l'utilizzo di dotazioni organiche coerenti con gli standard vigenti sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

In tale chiave, le aree di intervento prioritario sono le seguenti

a) Costruzione di un *bilancio delle competenze* coordinato con il sistema di supporto alle decisioni e con il sistema di controllo strategico di cui all'attività sensibile A.02, che sia dunque in grado di conciliare rispetto dei principi giuslavoristici, adeguatezza dell'organico e coerenza con le strategie aziendali
b) Costruzione di un articolato sistema di classificazione e qualificazione del personale (con particolare riferimento al personale medico), con la previsione di programmi e progetti di avanzamento professionale basati su percorsi formativi ed esperienza operativa. Tale sistema dovrà garantire la coerenza tra le risorse disponibili ed il *bilancio delle competenze* di cui al Punto A

V.g 2 (cod. A.07.2) Gestione del personale: turnazione e rilevamento presenze

Quanto previsto da A.07.1 deve essere comprovato dalla prassi operativa, con la previsione di sistemi di verifica della presenza del personale e dell'effettivo svolgimento dell'attività e dunque dell'effettiva erogazione della prestazione sanitaria con il necessario contributo di *uomini e mezzi*.
Costituiscono pertanto aree di intervento prioritario:
a) La formalizzazione di procedure per la gestione della turnazione e di procedure relative ai sistemi di rilevamento delle presenze e dell'effettiva prestazione dell'attività lavorativa.

V.g 3 (cod. A.07.3) Amministrazione del personale e pagamento delle retribuzioni

Quanto alla fase di gestione amministrativa, con particolare riferimento al pagamento delle retribuzioni, valgono i seguenti principi generali:

a) Devono essere formalizzate le modalità di pagamento delle retribuzioni: per modalità di pagamento devono intendersi l'assegno bancario o il bonifico bancario. L'utilizzo di ulteriori modalità di pagamento deve essere motivato per iscritto
b) Devono essere identificati i soggetti addetti alla predisposizione, firma (autorizzazione se bonifico bancario) e consegna (effettuazione se bonifico bancario)
c) In fase di prima applicazione della presente versione del modello di organizzazione, viene attestata la conformità della strutturazione delle

buste paga rispetto alle norme di legge ed ai contratti collettivi applicabili da parte dei soggetti con funzione di direzione e controllo e degli eventuali soggetti esterni rilevanti (ad esempio consulente del lavoro)

d) Qualora le prestazioni del personale siano oggetto di rendicontazione nel quadro di progetti finanziati da enti pubblici, deve essere redatta apposita relazione accompagnatoria che attesti il numero di ore/uomo effettivamente impegnate sul progetto e la compatibilità di tali dati con l'effettivo impiego delle risorse umane

Aree di intervento prioritario:

a) Formalizzazione degli standard sopra definiti

V.g 4 (cod. A.07.4) Gestione dell'informazione e formazione per l'applicazione del MOC

La formazione deve essere intesa sia come fonte di potenziale contestazione di reati presupposto (ad esempio nel caso della formazione o riqualificazione del personale per il tramite di progetti a valere su bandi pubblici), sia come condizione di idoneità del Modello di organizzazione, gestione e controllo.

Quanto alla formazione ai fini dell'efficace attuazione del modello di organizzazione, gestione e controllo, la stessa deve avvenire tramite la predisposizione di un piano formativo annuale, con la previsione di corsi di avviamento da destinare a tutto il personale (l'estensione si motiva con la pervasività delle attività di efficace attuazione anche seguito dell'inserimento dei reati in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro) e di corsi di formazione specifica da programmare in base alle mansioni del personale ed i relativi rischi-reato.

Anche dove il personale non sia destinatario di specifiche procedure, lo stesso verrà istruito e richiamato al rispetto dei principi previsti dal Codice Etico.

Per formazione si intende in via di principio formazione in aula, qualunque modalità alternativa (es. distribuzione di materiale informativo e documenti ufficiali) deve essere motivata per iscritto.

I corsi di avviamento devono obbligatoriamente prevedere

a) la consegna di copia dei documenti di interesse o le modalità per avere facile accesso agli stessi

b) il riferimento alla Bacheca del Personale da consultare per avere conoscenza di eventuali modifiche del Codice Etico e del Modello di organizzazione, gestione e controllo, esplicitando che la pubblicazione in Bacheca costituisce presunzione di conoscenza

L'Organismo di vigilanza e controllo nell'ambito delle proprie funzioni deve procedere ad una verifica periodica della conoscenza delle responsabilità e delle eventuali deleghe attribuite al personale che svolge specifiche attività a rischio di commissione dei reati-presupposto. Di tale verifica viene redatto apposito verbale contenente le carenze riscontrate, che forma oggetto di comunicazione al Consiglio di Amministrazione. Deve essere fissato il termine massimo, a decorrere dalla data del verbale, entro il quale devono essere pianificati interventi di formazione idonei a porre rimedio alle eventuali carenze riscontrate.

A titolo esemplificativo si riportano i contenuti minimi del processo di informazione e formazione, non omettendo la necessità di aggiornamento ogni qualvolta fossero apportate modifiche alle norme vigenti o agli strumenti predisposti dall'impresa.

SEMINARI D'INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Rivolti, in modo indifferenziato, al personale aziendale ed al vertice dell'impresa, e riguardanti:

- Etica d'impresa e degli affari
- Caratteristiche generali del MOC e degli altri strumenti predisposti
- Sistema disciplinare previsto dall'impresa

Essi dovrebbero prevedere la consegna e l'accettazione per iscritto del Codice Etico

CORSI SPECIFICI

Rivolti, in modo differenziato, al personale che opera nelle aree a rischio e riguardanti:

- Rischi specifici
- Caratteristiche specifiche del MOC e degli altri strumenti predisposti
- Procedure previste
- Sistemi di comunicazione all'interno dell'impresa

Essi dovrebbero prevedere la consegna e l'accettazione per iscritto di: Codice Etico, MOC (dove possibile, nonostante le differenti funzioni, si ritiene utile la consegna del presente MOC nella versione integrale, anche per rendere più efficaci il processo di responsabilizzazione ed il processo di reporting all'Organismo di vigilanza e controllo delle eventuali anomalie riscontrate).

Al termine di ogni intervento dovrebbe essere somministrato un test a risposta multipla e degli esiti dovrebbe essere redatto apposito verbale da comunicare al Consiglio di Amministrazione ed all'Organismo di vigilanza e controllo. In caso di esito negativo devono essere programmati ed eseguiti ulteriori interventi volti a colmare le lacune eventualmente emerse.

GAP ANALYSIS

PRESIDI E PROTOCOLLI ESISTENTI IN RELAZIONE ALLE AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO	AZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO NELLEAREE DI INTERVENTO PRIORITARIO
A.07.1 - SELEZIONE, ASSUNZIONE ED AVANZAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE	
1- Protocollo di legalità per le aziende sanitarie AIOP Caltanissetta - ASP	La Società provvederà alla traduzione in specifiche procedure dei principi relativi al Protocollo AIOP CL-ASP, applicando dove compatibili anche i principi relativi all'attività di approvvigionamento (A.01) di cui al presente Modello in relazione a rapporti diretti o indiretti con interlocutori pubblici o con la criminalità organizzata. Si provvederà inoltre, anche avvalendosi del sistema di supporto alle decisioni di cui ad A.02, alla redazione di un *"bilancio delle competenze"* basato su: a) Strategie aziendali b) Bisogni di cura sul territorio anche secondo quanto eventualmente rappresentato dal committente pubblico (es. DRG fuga) c) Requisiti strutturali normativamente previsti Relativamente alla selezione del personale medico e le progressioni di carriera dei medici dipendenti della clinica, coerentemente con il *"bilancio delle competenze"* sopra descritto, il SBH adotterà il criterio del *"rating professionale"*, consistente nell'attribuzione di livelli differenziati di "privilegi operativi". Ad ogni livello di privilegio corrisponde un insieme di acquisizioni e competenze che consentono al medico di eseguire determinate procedure diagnostiche, mediche, chirurgiche. I privilegi sono assegnati secondo un criterio di complessità/difficoltà crescente in base ad un punteggio così articolato: a) 20 % in base a titoli accademici specifici (specializzazione universitaria) b) 20 % in base agli ECM specifici, conseguiti nell'ambito dell'aggiornamento professionale in italia e all'estero c) 20 % in base al numero di procedure/interventi eseguiti come secondo operatore/assistente alle procedure d) 30 % in base al numero di procedure/interventi eseguiti come primo operatore e) 10 % in base a specifici accreditamenti presso le società scientifiche L'aggiornamento del punteggio ha cadenza annuale ed è curato dalla Direzione Sanitaria, che mantiene aggiornato il *"fascicolo personale"* di tutti i medici contenente titoli e attestazioni formative, accreditamenti e curricula professionali.
A.07.2 - GESTIONE DEL PERSONALE: TURNAZIONE E RILEVAMENTO PRESENZE	
Procedure aziendali con particolare riferimento al SGI	Si intende intervenire mettendo a sistema con procedura formalizzata le buone prassi ed i singoli interventi formalizzati ad oggi in essere prevedendo almeno i seguenti passaggi: a) Bilancio delle competenze b) Identificazione sistemi di turnazione c) Registrazione delle presenze e verifica dell'effettiva presenza d) Verifica dell'effettivo svolgimento dell'attività lavorativa
A.07.3 - AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE E PAGAMENTO DELLE RETRIBUZIONI	
	Si intende intervenire mettendo a sistema con procedura formalizzata le buone prassi ed i singoli interventi formalizzati ad oggi in essere prevedendo la gestione almeno dei seguenti aspetti: a) Sistemi di pagamento anche con riferimento alla gestione delle risorse finanziarie (A.03) b) Corretta strutturazione delle buste paga c) Corretto calcolo e versamento di ritenute, contributi e premi assicurativi
A.07.4 - GESTIONE DELL'INFORMAZIONE E FORMAZIONE PER L'APPLICAZIONE DEL MODELLO	
	a) Applicazione puntuale dei programmi formativi e verifica dell'efficacia

V.h (cod. A.08) Attività di gestione degli adempimenti in materia di antinfortunistica e tutela dell'igiene e della sicurezza sul luogo di lavoro

INQUADRAMENTO GENERALE

Le attività in oggetto sono relative alla gestione organizzativa degli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro. L'ottenimento dell'esimente comporta la necessità di creare un vero e proprio sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro in grado di documentare la sostenibilità giuridica e operativa delle azioni a riduzione del danno, nonché il monitoraggio sull'effettiva attuazione delle azioni e sui comportamenti dei singoli operatori.

DESCRIZIONE DELLE COMPONENTI PRINCIPALI DELL'ATTIVITÀ E PRESIDI ATTIVI

La Società si è dotata di un sistema di gestione della sicurezza sul lavoro secondo lo standard BS OHSAS 18001.

L'art. 30 del D.Lgs. 81/2008 ha introdotto specifici requisiti per i Modelli di organizzazione e gestione ex D.Lgs. 231/2001 con riferimento all'esimente da responsabilità per i reati di omicidio colposo, lesioni gravi o gravissime colpose derivanti dalla violazione delle norme in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro. Lo stesso Art. 30 prevede che si presumano conformi a tali requisiti *per le parti corrispondenti* i sistemi di gestione secondo lo standard BS OHSAS 18001.

La Circolare Ministero del lavoro del 11 luglio 2011 ha definito quali sono tali *parti corrispondenti* esplicitando il rapporto tra norme tecniche e requisiti dell'art.30 e pertanto la Società mantiene una matrice di corrispondenza con riferimento alla circolare stessa, che di seguito si riportata aggiornata alla data di adozione del Modello di organizzazione.

RIF.ART. 30 D. LGS. N. 81/2008	RIF. BS OHSAS 18001:2007	SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA
C.1. LETT. F Attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.4.6 Controllo operativo 4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni 4.5.2 Valutazione della conformità 4.5.3 Indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive 4.5.4 Controllo delle registrazioni 4.5.5 Audit interno	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Gestione delle prescrizioni normative e regolamenti PO Gestione delle NC AC PO Gestione delle NC AC IO Gestione incidenti PO Controllo della documentazione e registrazioni PO Audit interni
C.1. LETT. G Acquisizione di documenti e certificazioni obbligatorie per legge	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.3.2 Prescrizioni legali e di altro tipo 4.4.4 Documentazione 4.4.5 Controllo dei documenti 4.5.2 Valutazione della conformità	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA PO Gestione delle prescrizioni normative e regolamenti PO Controllo della documentazione e registrazioni PO Gestione delle prescrizioni normative e regolamenti PO Gestione delle NC AC
C.1. LETT. H. Periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni 4.5.4 Controllo delle registrazioni 4.5.5 Audit interno	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Controllo della documentazione e registrazioni PO Audit interni

RIF.ART. 30 D. LGS. N. 81/2008	RIF. BS OHSAS 18001:2007	SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA
C.2. Il modello organizzativo e gestionale deve prevedere idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.4.4 Documentazione 4.4.5 Controllo dei documenti 4.5.4 Controllo delle registrazioni	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA PO Controllo della documentazione e registrazioni
C.3. IL modello organizzativo deve in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e del tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio.	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.4.1 Risorse, ruoli, responsabilità e autorità 4.4.2 Competenza, addestramento, consapevolezza	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA Sezione 4 MGSA PO Risorse umane e formazione PO Risorse umane e formazione
La verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio	4.3 Pianificazione 4.3.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli 4.3.3 Obiettivi e programmi 4.4.6 Controllo operativo 4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni 4.5.2 Valutazione della conformità 4.5.3 Indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive	Sezione 3 MGSA PO Identificazione dei pericoli e valutazione rischi PO Obiettivi e traguardi PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Gestione delle prescrizioni normative e regolamenti PO Gestione delle NC AC PO Gestione delle NC AC IO Gestione incidenti
Un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello	PARTE NON CORRISPONDENTE	
C.4. Il modello organizzativo deve altresi' prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneita' delle misure adottate	4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni 4.5.2 Valutazione della conformità 4.5.3 Indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive 4.5.5 Audit interno	PO Controlli, sorveglianze e misurazioni PO Gestione delle prescrizioni normative e regolamenti PO Gestione delle NC AC PO Gestione delle NC AC IO Gestione incidenti PO Audit interni
C.4. Il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e dell'igiene del lavoro, ovvero in occasione di mutamenti significativi nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico	4.1. Requisiti generali 4.2 Politica della salute e sicurezza sul lavoro 4.6 Riesame della direzione	Sezione 2 MGSA Sezione 2 MGSA Sezione 6 MGSA

SISTEMA SANZIONATORIO

Si applica il sistema sanzionatorio previsto nella Sezione VI del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo.

FLUSSI QUALIFICATI NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Da definire sulla base degli output del SGI

TO CHIRURGIA

ORTOPEDIA

GENTE Dott. F. Bernetti

SEZIONE VI APPARATO DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

SANZIONI PER LE VIOLAZIONI COMMESSE DAI DIPENDENTI

Quanto ai lavoratori dipendenti, l'apparato disciplinare e sanzionatorio si richiama quanto a tipologia delle sanzioni e modalità di irrogazione a quanto previsto da norme di legge e regolamento, con particolare riferimento allo Statuto dei Lavoratori, e dai contratti collettivi applicabili.

In particolare:

a) Le violazioni delle procedure relative ad adempimenti formali (produzione documenti, catalogazione ed archiviazione documenti, firma di documenti) prevedono l'applicazione graduale delle sanzioni codificate (a partire dal rimprovero verbale)
b) Le violazioni delle procedure relative ad obblighi di segnalazione o di instaurazione di flussi qualificati all'Organismo di Vigilanza e controllo prevedono l'applicazione graduale delle sanzioni codificate (a partire dal rimprovero scritto)
c) Le violazioni delle procedure relative ad obblighi di verifica e controllo ex post prevedono l'applicazione graduale delle sanzioni codificate (a partire dal rimprovero scritto)
d) La commissione di reati presupposto nel solo interesse del lavoratore o di un terzo deve portare all'applicazione delle sanzioni dalla sospensione al licenziamento senza preavviso.
e) La commissione di reati presupposto che importino potenzialmente una richiesta di applicazione alla Società delle sanzioni previste dal D.Lgs. 231/2001, stante la presunzione di violazione fraudolenta del MOC, deve portare all'immediata sospensione a tempo indeterminato, ed al licenziamento al termine dell'istruttoria

Il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sopra richiamate, sono applicate in relazione:

a) all'intenzionalità del comportamento o del grado di negligenza, imprudenza o imperizia
b) al comportamento complessivo del lavoratore con particolare riguardo alla storia dello stesso e ad eventuali precedenti
c) alle mansioni rivestite
d) alla posizione rivestita
e) alle altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare

L'accertamento delle infrazioni, la gestione dei procedimenti disciplinari e l'eventuale irrogazione delle sanzioni, sono di competenza del Consiglio di Amministrazione.

Il sistema disciplinare viene costantemente monitorato dall'Organismo di vigilanza e controllo.

Deve essere verificata e comprovata per iscritto o con modalità equivalenti secondo i principi giuslavoristici la conoscenza di quanto sopra riportato da parte dei destinatari dell'apparato sanzionatorio.

SANZIONI PER LE VIOLAZIONI DI ALTRI SOGGETTI

Quanto ai consulenti o ai soggetti in rapporto libero professionale, essi firmano apposita clausola penale, la quale prevede:

a) Penali da € 100,00 a € 5.000,00 in caso di violazione delle procedure e degli obblighi di segnalazione all'Organismo di Vigilanza
b) rescissione del contratto con previsione di penali dalla metà a cinque volte l'importo del contratto/incarico stipulato in caso di commissione dei reati presupposto nel contesto delle attività oggetto del contratto, anche qualora il reato sia commesso nell'esclusivo interesse personale

Fatta salva la possibilità di richiedere il risarcimento di eventuali danni provocati alla Società.

Quanto agli Amministratori ed a i Sindaci, l'Organismo di vigilanza e controllo in funzione di monitoraggio segnala eventuali violazioni agli organi societari.

La conseguenza di tale segnalazione è sempre la convocazione dell'Assemblea dei Soci la quale indica le misure idonee e le eventuali sanzioni.

-1

AMBULATORI

FISIOTERAPIA

DIAGNOSTICA

MORGUE

CAPPELLA

SEZIONE VII L'ORGANISMO DI VIGILANZA E CONTROLLO: IL REGOLAMENTO

L'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 prevede l'istituzione di un Organismo di vigilanza e controllo (in breve OVC) con il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del MOC e di curarne l'aggiornamento.
L'OVC può essere monocratico o collegiale. I componenti dell'OVC vengono nominati dal Consiglio di Amministrazione, che, in caso di composizione collegiale, ne nomina anche il Presidente.
Al fine di garantire l'autonomia complessiva dell'OVC, nei casi in cui esso sia monocratico, lo stesso deve essere un soggetto esterno alla Società, nei casi in cui esso sia collegiale, la maggioranza dei componenti deve essere esterna alla Società.
È compito dell'OVC, anche avvalendosi del personale del SBH in ragione delle competenze necessarie:

a) Verificare il rispetto delle prescrizioni previste dal Modello e dai protocolli/procedure, basandosi su un'analisi dei potenziali rischi-reato previsti dal D.Lgs. 231/2001, strutturata in conformità ai processi aziendali coinvolti ed alle procedure attivate per la gestione del modello di organizzazione
b) Garantire nel tempo l'efficacia del MOC avendo cura di segnalare tempestivamente al Consiglio di Amministrazione tutti gli aggiornamenti che risultassero necessari a seguito delle attività ispettive svolte in azienda, di significative variazioni organizzative, di modificazioni legislative ed in generale di qualunque avvenimento che ne suggerisca un aggiornamento
c) Garantire all'interno dell'organizzazione la necessaria consapevolezza sui principi adottati, attraverso l'organizzazione di sessioni di formazione ed altri idonei strumenti di comunicazione

d) Segnalare le eventuali azioni correttive necessarie sulle procedure adottate, sui processi e sull'organizzazione posta a presidio di essi, alla luce dei risultati degli audit effettuati
e) Ricevere le segnalazioni relative a violazioni o potenziali violazioni alle procedure, e proporre i provvedimenti disciplinari nei confronti degli eventuali responsabili
f) Relazionare semestralmente il Consiglio di Amministrazione sull'attività svolta, e sui programmi che intende adottare nel futuro
g) Emanare pareri quando previsto dalle procedure
h) Ricevere segnalazioni in ordine all'adozione di determinati atti o modalità operative quando previsto dalle procedure

A tal fine dovranno essere portati a sua conoscenza

a) Il presente MOC in versione integrale, comprensivo di tutta la documentazione realizzata a supporto del MOC stesso e delle procedure operative
b) il sistema delle deleghe adottato
c) il Codice Etico e qualsiasi altra documentazione relativa all'operatività aziendale rilevante ai fini dell'applicazione del seguente modello

VII a Requisiti dei componenti

PROFESSIONALITÀ

In considerazione della specificità dei compiti dell'OVC, i contenuti professionali che tale funzione richiede, presuppongono una conoscenza dei processi aziendali, con specifiche conoscenze degli strumenti di gestione, ivi inclusi gli strumenti informatici a supporto delle attività operative della struttura. È richiesta dunque una specifica e documentabile conoscenza ed esperienza pregressa nell'applicazione del D.Lgs. 231/2001.

ONORABILITÀ

Vengono richiesti ai componenti dell'OVC, i requisiti di onorabilità previsti dalle norme e dai regolamenti degli ordini professionali maggiormente rilevanti. Dovrà inoltre essere garantita l'assenza di qualunque tipo di conflitto d'interessi e di relazioni di parentela con i componenti degli altri organi sociali.

Non possono essere nominati componenti dell'OVC soggetti che siano indagati o siano stati condannati, anche in primo grado o con sentenza di condanna (o di

patteggiamento) non irrevocabile, per uno dei reati-presupposto previsti dal D.Lgs. 231/2001.

AUTONOMIA

L'OVC riferisce al Consiglio di Amministrazione e dispone, per lo svolgimento del compito ad esso attribuito, di autonomia e libertà di spesa nei limiti delle risorse ad esso destinate tramite ricorso ad un apposito stanziamento in bilancio (c.d. *Budget dell'OVC*); inoltre, qualora ne rilevi la necessità, potrà ricorrere a consulenti e specialisti anche esterni. L'OVC inoltre ha diritto di accedere ad ogni informazione e dato aziendale ritenuto utile per lo svolgimento dei propri compiti.

NOMINA, REVOCA E DURATA DELL'INCARICO

I componenti dell'OVC sono nominati dal Consiglio di Amministrazione e rimangono in carica per un periodo di tre anni rinnovabili. Il Consiglio di Amministrazione in sede di nomina di un componente dell'OVC può decidere, in casi straordinari e con provvedimento motivato, di circoscrivere la durata temporale dell'incarico tenuto conto del rispetto del principio di autonomia dell'OVC.

I componenti dell'OVC sono revocati qualora non sussistano più i requisiti di onorabilità, professionalità ed autonomia indicati nel presente regolamento o a seguito di dimissioni.

VII b Programmazione e svolgimento delle attività dell'OVC

MAPPATURA DEI RISCHI

In conformità a quanto previsto dal MOC, l'OVC effettua audit periodici. L'audit prevede la raccolta delle informazioni relative alle attività in corso ed a quelle previste, verifica se le attività oggetto dei processi aziendali possano determinare potenziali comportamenti a rischio dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 ed in caso affermativo, verifica che esistano presidi e se gli stessi siano adeguati.

Verifica inoltre che le procedure operative derivanti dal MOC siano conosciute e rispettate.

REPORTING

L'OVC invia al Consiglio di Amministrazione due relazioni annuali:

a) La prima all'inizio dell'esercizio sociale, riferirà sull'attività dell'OVC durante il precedente anno, evidenziando le eventuali integrazioni al

MOC che ritiene si siano rese indispensabili alla luce delle ispezioni effettuate, delle variazioni organizzative o delle modifiche di legge. Inoltre dovrà presentare il programma delle attività previste nell'esercizio successivo.

b) La seconda relazione, da svolgersi a metà esercizio, servirà per relazionare sullo stato di avanzamento dell'attività prevista, e per verificare l'eventuale necessità di supporto o di revisione del programma iniziale.

L'OVC deve naturalmente essere disponibile in via continuativa per riportare su richiesta al Consiglio di Amministrazione o singoli consiglieri ed al Collegio Sindacale.

VII c Compensi dei componenti dell'OVC

Stanti le competenze richieste e le responsabilità gravanti sui componenti dell'OVC in relazione alla vigilanza sulla corretta attuazione del modello di organizzazione, dovranno essere previsti dal Consiglio di Amministrazione compensi congrui con riferimento a parametri oggettivi quali ad esempio i compensi di altri organi di controllo. Anche dove uno o più componenti dell'OVC dovessero rinunciare al compenso dovrà in ogni caso essere prevista una diaria non rinunciabile.

VII d Procedure di segnalazione all'OVC

Compito dell'OVC è rendere visibile a amministratori, dipendenti, consulenti e fornitori:

a) le attività da esso svolte
b) la possibilità di effettuare segnalazioni di notizie rilevanti relative alla vita della Società, alle violazioni del modello ed alla consumazione di reati

Tale possibilità costituisce un potere e (in alcuni casi) un dovere in capo a tali soggetti, fonte di responsabilità per gli stessi in caso di violazione (con eventuale applicazione delle sanzioni previste dal MOC).

In particolare, l'OVC cura che negli interventi di informazione e formazione vengano esplicitate le seguenti linee di comunicazione con lo stesso:

a) Segnalazione via mail

b) Segnalazione via posta interna tramite casella situata all'interno dell'area aziendale
c) Segnalazione diretta all'OVC negli orari dallo stesso identificati

L'OVC con propria comunicazione a tutti i dipendenti della struttura dettaglia modalità e riferimenti relativi alle linee di comunicazione sopra descritte.

SEGNALAZIONI UFFICIOSE

Le segnalazioni dovranno avere forma scritta e potranno anche essere anonime.
In ogni caso l'OVC deve agire in modo da garantire la riservatezza del segnalante (fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti dei soggetto accusati erroneamente o in mala fede) e da proteggerlo contro qualsiasi forma di ritorsione.
In riferimento alle segnalazioni pervenute, l'OVC valuterà le azioni da intraprendere, anche tramite contraddittorio (pur nel rispetto della già ricordata riservatezza).
L'OVC esplicita per iscritto le sue decisioni, anche in caso di valutazione negativa sulla necessità di procedere ad una inchiesta interna.

SEGNALAZIONI UFFICIALI

Fatti salvi i flussi di informazioni previsti dal Modello di organizzazione, devono essere obbligatoriamente trasmesse all'OVC le notizie relative a:

a) provvedimenti o notizie di reato provenienti da pubbliche autorità relative allo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati-presupposto previsti dal D.Lgs. 231/2001
b) richieste di assistenza legale da parte di dipendenti relativamente ad un procedimento giudiziario per i reati-presupposto previsti dal D.Lgs.231/2001
c) rapporti interni dai quali emergano criticità rispetto all'osservanza del modello
d) avvio di procedimenti disciplinari relativi alla violazione di quanto previsto dal MOC

VII e La conservazione delle informazioni

Deve essere prevista la conservazione di tutti i documenti relativi all'attività dell'OVC per un periodo di almeno dieci anni e con la creazione di un protocollo dei documenti in entrata ed in uscita.

A tal fine e per garantire la continuità d'azione l'OVC dovrebbe identificare ed incaricare per iscritto dei raccordi operativi interni.
Devono essere previste norme specifiche a salvaguardia della conservazione e della riservatezza dei documenti, con particolare riferimento alle segnalazioni relative a violazioni del modello (a salvaguardia di chi segnala e dei soggetti eventualmente coinvolti).

EDIZIONE / febbraio 2017

SANTABARBARA HOSPITAL
direttore sanitario Dott. Emanuele Giarrizzo

Via Minerbio, 1 - 93012 Gela (CL) - 0933 817 - 101
info@santabarbarahospital.it
accreditato SSN - certificato UNI ISO 9001/2008

So.Ge.Sa. S.p.a. - sede legale: Via Minerbio, 1 - 93012 Gela (CL) - P.IVA 00514190826