
MODELLO
DI
ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.

**ai sensi del d.lgs. 8 giugno 2001 n. 231 e successive
modifiche e integrazioni**

approvato dal Consiglio di Amministrazione del 6 febbraio 2014

INDICE

Parte Generale

1. IL DECRETO LEGISLATIVO DELL'8 GIUGNO 2001 N. 231	5
1.1. Principio di legalità	5
1.2. Criteri oggettivi di imputazione della responsabilità	6
1.3. Criterio soggettivo di imputazione della responsabilità	8
1.4. Tipologia dei reati contemplati	8
1.5. I reati commessi all'estero	14
1.6. Le sanzioni	15
1.7. Le misure cautelari interdittive e reali	17
1.8. Le azioni esimenti dalla responsabilità amministrativa	18
2. STORIA E PRESENTAZIONE DELLA SOCIETÀ	19
3. SCOPO	29
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	30
5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELL'OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.	31
5.1. Sintesi del progetto di predisposizione e sviluppo del Modello di organizzazione, gestione e controllo, conforme ai sensi del D.Lgs. 231/2001 per l'Ospedale di Sassuolo S.p.A.....	31
5.2. Fase 1: Avvio e <i>Risk Assessment Macro</i>	32
5.3. Fase 2: Risk Assessment Micro	32
5.4. Fase 3: <i>Gap Analysis</i> e definizione del piano di implementazione.....	32
5.5. Fase 4: Implementazione del Modello di organizzazione, gestione e controllo per l'Ospedale di Sassuolo S.p.A.	33
6. STRUTTURA E ARTICOLAZIONE DEL MODELLO.....	33
6.1. Modelli di riferimento	33
6.2. Articolazione e regole per l'approvazione del modello e suoi aggiornamenti	43
6.3. Fondamenta e contenuti del modello.....	45
6.4. Codice etico	47

6.5. Struttura organizzativa	48
6.6. Aree di attività sensibili, processi strumentali e processo decisionale.....	48
6.6.1. <i>Archiviazione della documentazione relativa alle attività sensibili ai processi strumentali</i>	53
6.6.2. <i>Sistemi informativi e applicativi informatici</i>	53
6.7. Procedure aziendali	54
6.7.1. <i>Richiesta di creazione di una procedura</i>	56
6.7.2. <i>Modifiche e revisioni delle procedure</i>	56
6.8. Sistema delle deleghe e dei poteri.....	56
6.9. Informativa e formazione.....	57
6.9.1. <i>Informativa</i>	57
6.9.2. <i>Informativa a collaboratori esterni e partner</i>	57
6.9.3. <i>Formazione</i>	58
6.9.4. <i>Formazione del personale in posizione c.d. "apicale"</i>	58
6.9.5. <i>Formazione di altro personale</i>	59
6.9.6. <i>Formazione dell'Organismo di Vigilanza</i>	61
6.10. Sistema sanzionatorio	62
6.11. Reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato	62
6.12. Reati in tema di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita.....	63
6.13. Reati societari	63
6.14. Reati in materia di criminalità organizzata.....	63
6.15. Reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.....	63
6.16. Reati contro la personalità individuale	63
6.17. Reati in tema di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati	63
6.18. Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento.....	64
6.19. Reati contro l'industria e il commercio	64
6.20. Reati in materia di violazione del diritto d'autore	64
6.21. Reati ambientali	64
6.22. Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro	64
6.23. Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, ex art. 377 bis c.p.....	64

6.24. Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare	65
6.25. Gestione delle risorse finanziarie.....	65
6.26. Organismo di Vigilanza	66

Parte Speciale

Parte speciale A – Codice Etico

Parte speciale B – Struttura Organizzativa

Parte speciale C – Struttura, composizione, regolamento e funzionamento dell'Organismo di Vigilanza

Parte speciale D – Sistema sanzionatorio

Parte speciale E – Reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato

Parte speciale F – Reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita

Parte speciale G – Reati societari

Parte speciale H – Reati in materia di criminalità organizzata

Parte speciale I – Reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

Parte speciale J – Reati contro la personalità individuale

Parte speciale K – Reati in tema di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati

Parte speciale L – Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento

Parte speciale M – Reati contro l'industria e il commercio

Parte speciale N – Reati in materia di violazione del diritto d'autore

Parte speciale O – Reati ambientali

Parte speciale P – Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro

Parte speciale Q – Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, *ex art. 377 bis c.p.*

Parte speciale R – Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare

Parte Generale

1. IL DECRETO LEGISLATIVO DELL' 8 GIUGNO 2001 N. 231

Con il decreto legislativo 8 giugno 2001 n. 231 recante la «Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300» (in breve: il "Decreto"), entrato in vigore il 4 luglio successivo, si è inteso adeguare la normativa italiana, in materia di responsabilità delle persone giuridiche, alle convenzioni internazionali sottoscritte da tempo dall'Italia, in particolare:

- la convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari della Comunità Europea,
- la convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione di funzionari pubblici sia della Comunità Europea che degli Stati membri,
- la convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche ed internazionali.

Con tale Decreto è stato introdotto nel nostro ordinamento, a carico delle persone giuridiche (in breve: "società"), un regime di responsabilità amministrativa – equiparabile di fatto alla responsabilità penale ⁽¹⁾ –, che va ad aggiungersi alla responsabilità della persona fisica che ha materialmente commesso determinati fatti illeciti e che mira a coinvolgere, nella punizione degli stessi, le società nel cui interesse o vantaggio i reati in discorso siano stati compiuti.

La responsabilità prevista dal Decreto si configura anche in relazione a reati commessi all'estero, purché per gli stessi non proceda lo Stato nel cui luogo sia stato commesso il reato.

La responsabilità dell'ente sussiste anche se l'autore del reato non è stato identificato e sussiste ancorché il reato medesimo sia estinto nei confronti del reo per una causa diversa dall'amnistia o dalla prescrizione.

Le sanzioni amministrative a carico dell'ente si prescrivono, salvo i casi di interruzione della prescrizione, nel termine di 5 anni dalla data di consumazione del reato.

1.1. Principio di legalità

La responsabilità dell'ente sorge nei limiti previsti dalla legge: l'ente «non può essere ritenuto responsabile per un fatto costituente reato, se la sua responsabilità [penale] in relazione a quel reato e le relative sanzioni non sono espressamente previste da una legge entrata in vigore prima della commissione del fatto» (art. 2 del Decreto).

⁽¹⁾ La natura "penale" di questa responsabilità si desume da quattro elementi: 1) deriva da reato nel senso che il reato costituisce presupposto della sanzione; 2) viene accertata con le garanzie del processo penale e da un magistrato penale; 3) comporta l'applicazione di sanzioni di natura penale (sanzioni pecuniarie e sanzioni interdittive); 4) centrale è il ruolo della colpa, operando il principio di colpevolezza.

1.2. Criteri oggettivi di imputazione della responsabilità

I criteri oggettivi di imputazione della responsabilità sono di tre tipi:

- a) la realizzazione di una fattispecie di reato indicata nell'ambito del Decreto dall'art. 24 all'art. 25 *undecies*;
- b) il fatto di reato deve essere stato commesso «nell'interesse o a vantaggio dell'ente».

Interesse e/o vantaggio

Ulteriore elemento costitutivo della responsabilità in esame è rappresentato dalla necessità che la condotta illecita ipotizzata sia stata posta in essere nell'interesse o a vantaggio dell'Ente.

L'interesse o il vantaggio dell'Ente vengono considerati alla base della responsabilità di quest'ultimo anche nel caso in cui coesistano interessi o vantaggi dell'autore del reato o di terzi, con il solo limite dell'ipotesi in cui l'interesse alla commissione del reato da parte del soggetto in posizione qualificata all'interno dell'ente sia esclusivo dell'autore del reato o di terzi.

Non essendo stato riconosciuto alcun effetto esimente al "vantaggio" esclusivo dell'autore del reato o di terzi, ma solo – come detto – all'interesse esclusivo di questi soggetti, si deve ritenere la responsabilità dell'Ente anche qualora questi non consegua alcun vantaggio ovvero quando vi sia un vantaggio esclusivo dell'autore del reato o di terzi, purché l'Ente abbia un interesse, eventualmente concorrente con quello di terzi, alla commissione del reato perpetrato da soggetti in posizione qualificata nella sua organizzazione.

Al di là delle suddette precisazioni, la responsabilità prevista dal Decreto sorge dunque non solo quando il comportamento illecito abbia determinato un vantaggio per l'Ente stesso, ma anche nell'ipotesi in cui, pur in assenza di tale concreto risultato, il fatto illecito abbia trovato ragione nell'interesse dell'Ente. Insomma, i due vocaboli esprimono concetti giuridicamente diversi e rappresentano presupposti alternativi, ciascuno dotato di una propria autonomia e di un proprio ambito applicativo.

Sul significato dei termini "interesse" e "vantaggio", la Relazione governativa che accompagna il Decreto attribuisce al primo una valenza marcatamente soggettiva, suscettibile di una valutazione *ex ante* – c.d. finalizzazione all'utilità –, nonché al secondo una valenza marcatamente oggettiva – riferita quindi ai risultati effettivi della condotta del soggetto agente che, pur non avendo avuto direttamente di mira un interesse dell'ente, ha realizzato, comunque, con la sua condotta un vantaggio in suo favore – suscettibile di una verifica *ex post*.

I caratteri essenziali dell'interesse sono stati individuati nella: oggettività, intesa come indipendenza dalle personali convinzioni psicologiche dell'agente e nel correlativo suo necessario radicamento in elementi esterni suscettibili di verifica da parte di qualsiasi osservatore; concretezza, intesa come iscrizione dell'interesse in rapporti non meramente ipotetici e astratti, ma sussistenti realmente, a salvaguardia del principio di offensività; attualità, nel senso che l'interesse deve essere obiettivamente sussistente e riconoscibile nel momento in cui è stato riconosciuto il fatto e non deve essere futuro e incerto, mancando altrimenti la lesione del bene necessaria per qualsiasi illecito che non sia configurato come mero pericolo; non necessaria rilevanza economica, ma riconducibile pure a una politica d'impresa.

Sotto il profilo dei contenuti, il vantaggio riconducibile all'Ente – che deve essere mantenuto distinto dal profitto – può essere: diretto, ovvero riconducibile in via esclusiva e diretta all'Ente; indiretto, cioè mediato da risultati fatti acquisire a terzi, suscettibili però di ricadute positive per l'Ente; economico, anche se non necessariamente immediato.

L'interesse di "gruppo"

La non esclusività dell'interesse dell'Ente nonché la possibilità di riconoscere un interesse dell'Ente senza vantaggio di questi costituiscono il fondamento sul quale è stata costruita la possibilità di ravvisare il requisito dell'interesse per i gruppi societari.

Al riguardo esistono due orientamenti giurisprudenziali.

Secondo un primo orientamento, la responsabilità dell'Ente, per illecito dipendente da reato che ha avvantaggiato altro ente facente parte di un medesimo aggregato, si fonderebbe proprio sul riconoscimento, da parte dell'ordinamento giuridico generale, di un interesse di gruppo, ricostruibile attraverso le norme civilistiche in materia di bilancio consolidato, di responsabilità gestoria e di direzione e coordinamento di società.

L'interesse di gruppo, riconosciuto come rilevante dall'ordinamento (seppure in altri settori), sarebbe perciò comune a tutti gli enti facenti parte di un medesimo aggregato e come tale integrerebbe il presupposto dell'interesse per tutti gli enti del gruppo, consentendo la contestazione a ciascun ente della responsabilità per illecito dipendente da reato purché l'autore, all'epoca della sua perpetrazione, rivestisse una posizione qualificata all'interno dell'ente cui viene mossa la contestazione, con conseguente indiscriminata espansione della responsabilità nel gruppo sulla base di rapporti ricostruibili in forza di profili prettamente formali, quali il controllo o il collegamento azionario, i poteri connessi a cariche ricoperte nella controllante o la natura di *holding* di uno degli enti coinvolti (G.i.p. Trib. Milano, 20 settembre 2004, in *Foro it.*, 2005, 556)

In base ad un secondo orientamento giurisprudenziale, non è tanto il riferimento a norme e criteri formali di carattere civilistico, previsti per le società commerciali e per scopi differenti da quelli qui considerati, a fondare la responsabilità degli enti facenti parte di un medesimo aggregato. Tanto meno è la ripartizione futura e incerta di utili a costituire il discrimine dell'estensione di responsabilità, trattandosi di fenomeno che attiene al diverso requisito del vantaggio, che potrebbe anche non ricorrere pur sussistendo l'interesse fondante la responsabilità dell'ente per l'illecito.

Si ritiene invece che, a fondare la responsabilità dell'ente nel cui ambito occupi una posizione qualificata l'autore del reato commesso per fare conseguire vantaggi ad altri enti, sia l'esistenza di legami o nessi tra gli enti coinvolti che non consentano di ritenere l'ente favorito come "terzo"; ciò in considerazione dei riflessi che le condizioni di un ente hanno sulle condizioni dell'altro e del fatto che il reato sia oggettivamente destinato a soddisfare l'interesse di più soggetti, tra i quali rientri l'ente in cui l'autore del reato occupa una posizione qualificata (G.i.p. Trib. Milano, 14 dicembre 2004, in *Foro it.*, 2005, 539).

L'interesse e/o il vantaggio nei reati colposi

La normativa sulla responsabilità penale degli enti è di regola basata su reati-presupposto di natura dolosa.

L'introduzione dei reati colposi in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – operata dalla l. 3 agosto 2007, n. 123 ("nuovo" art. 25 *septies* poi abrogato e sostituito dall'art. 300 d. lgs. 9 aprile 2008, n. 81) – ha tuttavia riproposto l'assoluta centralità della questione inerente la matrice soggettiva dei criteri di imputazione.

Da questo punto di vista, se da un lato si afferma che nei reati colposi la coppia concettuale interesse/vantaggio deve essere riferita non già agli eventi illeciti non voluti, bensì alla condotta che la persona fisica abbia tenuto nello

svolgimento della sua attività, dall'altro lato si sostiene che il reato colposo, da un punto di vista strutturale, mal si concilia con il concetto di interesse.

Ne deriva dunque che in tale contesto risulterà tutt'al più possibile ipotizzare come l'omissione di comportamenti doverosi imposti da norme di natura cautelare – intese a prevenire gli infortuni sul luogo di lavoro – potrebbe tradursi in un contenimento dei costi aziendali, suscettibile di essere qualificato *ex post* alla stregua di un "vantaggio" (si pensi, per esempio, alla non fornitura di mezzi di protezione o alla mancata revisione di qualsiasi tipo di attrezzatura dettata da esigenze di risparmio).

- c) L'illecito penale deve essere stato realizzato da uno o più soggetti qualificati, ovvero «da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale», o da coloro che «esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo» dell'ente (soggetti in c.d. «posizione apicale»); oppure ancora «da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti apicali» (c.d. «subalterni»).

Gli autori del reato dal quale può derivare una responsabilità amministrativa a carico dell'ente, quindi, possono essere: 1) soggetti in «posizione apicale», quali, ad esempio, il legale rappresentante, l'amministratore, il direttore generale o il direttore di uno stabilimento, nonché le persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dell'ente; 2) soggetti «subalterni», tipicamente i lavoratori dipendenti, ma anche soggetti esterni all'ente, ai quali sia stato affidato un incarico da svolgere sotto la direzione e la sorveglianza dei soggetti apicali.

Qualora più soggetti partecipino alla commissione del reato (ipotesi di concorso di persone nel reato *ex art.* 110 c.p.), non è necessario che il soggetto "qualificato" ponga in essere l'azione tipica prevista dalla legge penale. È sufficiente che fornisca un contributo consapevolmente causale alla realizzazione del reato.

1.3. Criterio soggettivo di imputazione della responsabilità

Il criterio soggettivo di imputazione della responsabilità si concretizza laddove il reato esprima un indirizzo connotativo della politica aziendale o quantomeno dipenda da una colpa in organizzazione.

Le disposizioni del Decreto escludono la responsabilità dell'ente, nel caso in cui questo - prima della commissione del reato - abbia adottato ed efficacemente attuato un «modello di organizzazione e di gestione» (in breve: "modello") idoneo a prevenire la commissione di reati della specie di quello che è stato realizzato.

La responsabilità dell'ente, sotto questo profilo, è ricondotta alla «mancata adozione ovvero al mancato rispetto di *standards* doverosi» attinenti all'organizzazione e all'attività dell'ente; difetto riconducibile alla politica d'impresa oppure a deficit strutturali e prescrittivi nell'organizzazione aziendale.

1.4. Tipologia di reati contemplati

L'ambito operativo del Decreto riguarda i seguenti reati:

- i delitti contro la Pubblica Amministrazione o ai danni dello Stato (artt. 24 e 25 del Decreto):
 - malversazione a danno dello Stato (art. 316 *bis* c.p.);
 - indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316 *ter* c.p.);
 - truffa a danno dello Stato o di un altro ente pubblico o col pretesto di far esonerare taluno dal servizio militare (art. 640 comma 2 n. 1, c.p.);
 - truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640 *bis* c.p.);
 - frode informatica (art. 640 *ter* c.p.);
 - corruzione per un atto d'ufficio (art. 321 c.p.);
 - corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
 - istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
 - concussione (art. 317 c.p.);
 - corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio (artt. 319, 319 *bis* e 321 c.p.);
 - corruzione in atti giudiziari (art. 319 *ter* comma 2 e 321 c.p.);
 - induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 *quater*);
 - corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.);
 - peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità Europee e di funzionari delle Comunità Europee e di Stati esteri (art. 322 *bis* c.p.).

- In virtù della promulgazione ed entrata in vigore del decreto legge 25 settembre 2001 n. 350 conv. con modificazioni in legge 23 novembre 2001 n. 409 e in virtù delle integrazioni apportate dalla promulgazione ed entrata in vigore della legge n. 99 del 2009, i reati indicati dall'art. 25 *bis* del Decreto, vale a dire i reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento:
 - falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete falsificate (art. 453 c.p.);
 - alterazione di monete (art. 454 c.p.);
 - spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate (art. 455 c.p.);
 - spendita di monete falsificate ricevute in buona fede (art. 457 c.p.);
 - falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art. 459 c.p.);
 - contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (art. 460 c.p.);
 - fabbricazione detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata (art. 461 c.p.);

- uso di valori di bollo contraffatti o alterati (art. 464 c.p.);
 - contraffazione, alterazione o uso di marchi o segni distintivi ovvero di brevetti, modelli e disegni (art. 473 c.p.);
 - introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi (art. 474 c.p.).
- In virtù della promulgazione ed entrata in vigore del decreto legislativo 11 aprile 2002 n. 61 così come modificati dalla legge 28 dicembre 2005 n. 262, i reati indicati dall'art. 25 *ter* del Decreto, vale a dire i reati societari:
- false comunicazioni sociali (art. 2621 c.c.);
 - false comunicazioni sociali in danno della società, dei soci o dei creditori (art. 2622 c.c.);
 - falso in prospetto (art. 2623 c.c. – art. 173 *bis* l. 24 febbraio 1998 n. 58)
 - falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni delle società di revisione (art. 2624 c.c. – abrogato dall'art. 37 c. 34 d.lgs. n. 39/2010 e sostituito identico dall'art. 27 del medesimo decreto così rubricato: “falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni dei responsabili della revisione legale”);
 - impedito controllo (art. 2625 c.c. – comma 1 modificato dall'art. 37 c. 35 d.lgs. n. 39/2010 e richiamato dall'art. 29 del medesimo decreto);
 - indebita restituzione dei conferimenti (art. 2626 c.c.);
 - illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.);
 - illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 c.c.);
 - operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 c.c.);
 - formazione fittizia del capitale (art. 2632 c.c.);
 - indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.);
 - corruzione tra privati (art. 2635 c.c.);
 - illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 c.c.);
 - aggio (art. 2637 c.c.);
 - ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638 c.c.).
- in seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge 14 gennaio 2003 n. 7, *i reati indicati dall'art. 25 quater del Decreto, vale a dire i c.d. reati con finalità di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali.*
- in virtù della promulgazione ed entrata in vigore della legge 9 gennaio 2006 n. 7, i reati indicati dall'art. 25 *quater.1* del Decreto, vale a dire i c.d. reati di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

- in virtù della promulgazione ed entrata in vigore della legge 11 agosto 2003 n. 228 così come modificata dalla legge 6 febbraio 2006 n. 38, i reati indicati dall'art. 25 *quinquies* del Decreto vale a dire i delitti contro la personalità individuale disciplinati dalla sezione I del capo III del titolo XII del libro II del codice penale.

- in seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge 18 aprile 2005 n. 62, i reati indicati dall'art. 25 *sexies* del Decreto, vale a dire, tra i delitti previsti dalla parte V, titolo I *bis*, capo II T.U. di cui al d.lgs. 24 febbraio 1998 n. 58, quelli in tema di abusi di mercato:
 - abuso di informazioni privilegiate (art. 184 d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58);
 - manipolazione del mercato (art. 185 d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58).

- in seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge di «Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001», approvata definitivamente e pubblicata sulla G.U. dell'11 aprile 2006, i reati transnazionali richiamati nell'ambito della legge 16 marzo 2006 n. 146, vale a dire i delitti di:
 - associazione per delinquere (art. 416 c.p.);
 - associazione di tipo mafioso (art. 416 *bis* c.p.);
 - associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri (art. 291 *quater* d.P.R. 23 gennaio 1973 n. 43);
 - associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 d.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309);
 - riciclaggio (art. 648 *bis* c.p.);
 - impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 648 *ter* c.p.);
 - reati concernenti il traffico di migranti previsto dall'art. 12 commi 3, 3 *bis*, 3 *ter* e 5 d.lgs. 25 luglio 1998 n. 286;
 - intralcio alla giustizia: induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377 *bis* c.p.);
 - intralcio alla giustizia: favoreggiamento personale (art. 378 c.p.).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge 3 agosto 2007 n. 123, i reati previsti dall'art. 25 *septies* commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, ovvero i delitti di:
 - omicidio colposo commesso con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 589 c.p.);
 - lesioni personali colpose gravi e gravissime commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 590 c.p.).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore del d.lgs. 21 novembre 2007 n. 231, i reati previsti dall'art. 25 *octies* (ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita), ovvero i delitti di:
 - ricettazione (art. 648 c.p.);
 - riciclaggio (art. 648 *bis* c.p.);
 - impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 648 *ter* c.p.).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge 18 marzo 2008 n. 48, i reati previsti dall'art. 24 *bis*, ovvero i delitti di in tema di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati:
 - accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (615 *ter* c.p.);
 - intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617 *quater* c.p.);
 - installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617 *quinquies* c.p.);
 - danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635 *bis* c.p.);
 - danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635 *ter* c.p.);
 - danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635 *quater* c.p.);
 - danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635 *quinquies* c.p.);
 - documenti informatici (art. 491 *bis* c.p.);
 - frode informatica del soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica (art. 640 *quinquies* c.p.).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge n. 94 del 2009, i reati previsti dall'art. 24 *ter*, ovvero i delitti di criminalità organizzata:
 - associazione a delinquere (art. 416 c.p.);
 - associazione a delinquere finalizzata al compimento di uno dei reati di cui agli artt. 600, 601 e 602 c.p. (art. 416 comma 6 c.p.);
 - associazione di tipo mafioso (art. 416 *bis* c.p.);
 - scambio elettorale politico mafioso (art. 416 *ter* c.p.);
 - sequestro di persona a scopo di estorsione (art. 630 c.p.);
 - associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 d.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge n. 99 del 2009, i reati previsti dall'art. 25 *bis*.1, ovvero i delitti contro l'industria e il commercio:
 - turbata libertà dell'industria e del commercio (art. 513 c.p.);
 - illecita concorrenza con minaccia o violenza (art. 513 *bis* c.p.);
 - frodi contro le industrie nazionali (art. 514 c.p.);
 - frode nell'esercizio del commercio (art. 515 c.p.);
 - vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine (art. 516 c.p.);
 - vendita di prodotti industriali con segni mendaci (art. 517 c.p.);
 - fabbricazione e commercio di beni realizzati usurpando titoli di proprietà industriale (art. 517 *ter* c.p.);
 - contraffazione di indicazioni geografiche o denominazioni di origine dei prodotti agroalimentari (art. 517 *quater* c.p.).

- In seguito alla promulgazione ed entrata in vigore della legge n. 99 del 2009, i reati previsti dall'art. 25 *nonies*, ovvero i delitti in materia di violazione del diritto d'autore:
 - art. 171 commi 1 lett. a *bis* e 3 l. 22 aprile 1941 n. 633, Protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio;
 - art. 171 *bis* l. 22 aprile 1941 n. 633;
 - art. 171 *ter* l. 22 aprile 1941 n. 633;
 - art. 171 *septies* l. 22 aprile 1941 n. 633;
 - art. 171 *octies* l. 22 aprile 1941 n. 633.

- In seguito alla promulgazione della legge 3 agosto 2009 n. 116, il reato previsto dall'art. 25 *decies*, ovvero il reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudicante (art. 377 *bis* c.p.), in ambito nazionale.

- In seguito alla promulgazione del d.lgs. 7 luglio 2011 n. 121, i reati previsti dall'art. 25 *undecies*, ovvero i reati ambientali:
 - uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette (art. 757 *bis* c.p.);
 - distruzione o deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto (art. 733 *bis* c.p.);
 - artt. 137, 256, 257, 258, 259, 260, 260 *bis* e 279 d.lgs. 3 aprile 2006 n. 152, Norme in materia ambientale;
 - artt. 1, 2 e 3 *bis* l. 7 febbraio 1992 n. 150, Disciplina dei reati relativi all'applicazione in Italia della convenzione sul commercio internazionale delle specie animali e vegetali in via di estinzione, firmata a

Washington il 3 marzo 1973, di cui alla l. 19 dicembre 1975 n. 874, e del regolamento (CEE) n. 3626/82, e successive modificazioni, nonché norme per la commercializzazione e la detenzione di esemplari vivi di mammiferi e rettili che possono costituire pericolo per la salute e l'incolumità pubblica;

- art. 3 l. 28 dicembre 1993 n. 549, Misure a tutela dell'ozono stratosferico e dell'ambiente;
 - artt. 8 e 9, d.lgs. 6 novembre 2007 n. 202, Attuazione della direttiva 2005/35/CE relativa all'inquinamento provocato dalle navi e conseguenti sanzioni.
- in seguito alla promulgazione del Decreto Legislativo 16 luglio 2012 n. 109, il reato previsto dall'art. 25 *duodecies*, ovvero il reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 22 comma 12-bis d.lgs. 25 luglio 1998 n. 286).

1.5. I reati commessi all'estero

In forza dell'art. 4 del Decreto, l'ente può essere chiamato a rispondere in Italia in relazione a taluni reati commessi all'estero.

I presupposti su cui si fonda tale responsabilità sono:

- a) il reato deve essere commesso all'estero da un soggetto funzionalmente legato alla società;
- b) la società deve avere la sede principale nel territorio dello Stato italiano;
- c) la società può rispondere solo nei casi e alle condizioni previste dagli artt. 7, 8, 9 e 10 c.p. e qualora la legge preveda che il colpevole – persona fisica - sia punito a richiesta del Ministro della Giustizia, si procede contro la società solo se la richiesta è formulata anche nei confronti di quest'ultima;
- d) se sussistono i casi e le condizioni previsti dai predetti articoli del codice penale, la società risponde purché nei suoi confronti non proceda lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto.

1.6. Le sanzioni

Le sanzioni amministrative per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato sono:

- sanzioni pecuniarie;
- sanzioni interdittive;
- confisca di beni;
- pubblicazione della sentenza.

Per l'illecito amministrativo da reato si applica sempre la sanzione pecuniaria. Il giudice determina la sanzione pecuniaria tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità della Società, nonché dell'attività svolta da questa per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto o per prevenire la commissione di ulteriori illeciti.

La sanzione pecuniaria è ridotta nel caso:

- l'autore del reato abbia commesso il fatto nel prevalente interesse proprio o di terzi e la società non ne abbia ricavato vantaggio o ne abbia ricavato vantaggio minimo;
- il danno patrimoniale cagionato è di particolare tenuità;
- la società ha risarcito integralmente il danno e ha eliminato le conseguenze dannose o pericolose del reato ovvero si è comunemente efficacemente adoperato in tal senso;
- la società abbia adottato e reso operativo un modello organizzativo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Le sanzioni interdittive si applicano quando ricorre almeno una delle seguenti condizioni:

- la società ha tratto dal reato – compiuto da un suo dipendente o da un soggetto in posizione apicale – un profitto di rilevante entità e la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- in caso di reiterazione degli illeciti.

In particolare, le principali sanzioni interdittive – applicabili ai soli reati di cui agli articoli 24, 25, 25 *bis*, 25 *quater* e 25 *septies* del Decreto – sono:

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

Qualora risulti necessario, le sanzioni interdittive possono essere applicate anche congiuntamente.

Nei confronti dell'ente è sempre disposta, con la sentenza di condanna, la confisca del prezzo o del profitto del reato, salvo che per la parte che può essere restituita al danneggiato. Sono fatti salvi i diritti acquisiti dai terzi in buona fede.

La confisca si può concretizzare anche per "equivalente", vale a dire che laddove la confisca non possa essere disposta in relazione al prezzo o al profitto del reato, la stessa potrà avere ad oggetto somme di denaro, beni o altre utilità di valore equivalente al prezzo o al profitto del reato.

La pubblicazione della sentenza di condanna può essere disposta quando nei confronti della Società viene applicata una sanzione interdittiva.

Qualora sussistano i presupposti per l'applicazione di una sanzione interdittiva che determina l'interruzione dell'attività della società, il giudice, in luogo dell'applicazione della sanzione, dispone la prosecuzione dell'attività della società da parte di un commissario per un periodo pari alla durata della pena interdittiva che sarebbe stata applicata, quando ricorre almeno una delle seguenti condizioni: a) la società svolge un servizio di pubblica necessità la cui interruzione può provocare un grave pregiudizio alla collettività; b) l'interruzione dell'attività della società può provocare, tenuto conto delle sue dimensioni e delle condizioni economiche del territorio in cui è situato, rilevanti ripercussioni sull'occupazione.

Il profitto derivante dalla prosecuzione dell'attività viene confiscato.

Le sanzioni interdittive possono essere applicate anche in via definitiva.

L'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività può essere disposta se la società ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed è già stata condannata, almeno tre volte negli ultimi sette anni, alla interdizione temporanea dall'esercizio dell'attività.

Il giudice può applicare alla società, in via definitiva, la sanzione del divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione ovvero del divieto di pubblicizzare beni o servizi quando è già stata condannata alla stessa sanzione almeno tre volte negli ultimi sette anni.

Se la società o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzata allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione di reati in relazione ai quali è prevista la sua responsabilità è sempre disposta l'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività.

In tale contesto, assume rilievo anche l'art. 23 del Decreto, il quale prevede il reato di «Inosservanza delle sanzioni interdittive».

Tale reato si realizza qualora, nello svolgimento dell'attività dell'Ente cui è stata applicata una sanzione interdittiva, si trasgredisca agli obblighi o ai divieti inerenti tali sanzioni.

Inoltre, se dalla commissione del predetto reato l'Ente trae un profitto di rilevante entità, è prevista l'applicazione di sanzioni interdittive anche differenti, ed ulteriori, rispetto a quelle già irrogate.

A titolo esemplificativo, il reato potrebbe configurarsi nel caso in cui la Società, pur soggiacendo alla sanzione interdittiva del divieto di contrattare con la PA, partecipi ugualmente ad una gara pubblica.

1.7. Le misure cautelari interdittive e reali

Nei confronti della società sottoposta a procedimento può essere applicata, in via cautelare, una sanzione interdittiva ovvero disposto il sequestro preventivo o conservativo.

La misura cautelare interdittiva – che consiste nell'applicazione temporanea di una sanzione interdittiva – è disposta in presenza di due requisiti: a) quando risultano gravi indizi per ritenere la sussistenza della responsabilità della società per un illecito amministrativo dipendente da reato (i gravi indizi sussistono ove risulti una delle condizioni previste dall'art. 13 del Decreto: la società ha tratto dal reato – compiuto da un suo dipendente o da un soggetto in posizione apicale – un profitto di rilevante entità e la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative; in caso di reiterazione degli illeciti; b) quando vi sono fondati e specifici elementi che fanno ritenere concreto il pericolo che vengano commessi illeciti della stessa indole di quello per cui si procede.

Le misure cautelari reali si concretizzano nel sequestro preventivo e nel sequestro conservativo.

Il sequestro preventivo è disposto in relazione al prezzo o al profitto del reato, laddove il fatto di reato sia attribuibile alla società, non importando che sussistano gravi indizi di colpevolezza a carico della società stessa.

Il sequestro conservativo è disposto in relazione a beni mobili o immobili della società nonché in relazione a somme o cose alla stessa dovute, qualora vi sia fondato motivo di ritenere che manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento e di ogni altra somma dovuta all'erario dello Stato.

Anche in tale contesto, assume rilievo anche l'art. 23 del Decreto, il quale prevede il reato di «Inosservanza delle sanzioni interdittive».

Tale reato si realizza qualora, nello svolgimento dell'attività dell'Ente cui è stata applicata una misura cautelare interdittiva, si trasgredisca agli obblighi o ai divieti inerenti tali misure.

Inoltre, se dalla commissione del predetto reato l'Ente trae un profitto di rilevante entità, è prevista l'applicazione di misure interdittive anche differenti, ed ulteriori, rispetto a quelle già irrogate.

A titolo esemplificativo, il reato potrebbe configurarsi nel caso in cui la Società, pur soggiacendo alla misura cautelare interdittiva del divieto di contrattare con la P.A., partecipi ad una gara pubblica.

1.8. Le azioni esimenti dalla responsabilità amministrativa

L'art. 6 comma 1 del Decreto prevede una forma specifica di esimente dalla responsabilità amministrativa qualora il reato sia stato commesso da soggetti in c.d. «posizione apicali» e la Società provi che:

- l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto illecito, un modello idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti della specie di quello verificatosi;

- ha affidato ad un organo interno, c.d. Organismo di Vigilanza – dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo –, il compito di vigilare sul funzionamento e sull'efficace osservanza del modello in questione, nonché di curarne l'aggiornamento;
- i soggetti in c.d. «posizione apicali» hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente il modello;
- non vi è stato omesso o insufficiente controllo da parte del c.d. Organismo di Vigilanza.

L'art. 6 comma 2 del Decreto dispone inoltre che il modello debba rispondere alle seguenti esigenze:

- individuare i rischi aziendali, ovvero le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- escludere che un qualunque soggetto operante all'interno della Società possa giustificare la propria condotta adducendo l'ignoranza delle discipline aziendali ed evitare che, nella normalità dei casi, il reato possa essere causato dall'errore – dovuto anche a negligenza o imperizia – nella valutazione delle direttive aziendali;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a impedire la commissione di tali reati;
- prevedere un sistema di controlli preventivi tali da non poter essere aggirati se non intenzionalmente;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza deputato a controllare sul funzionamento e l'osservanza del modello.

L'art. 7 del Decreto prevede una forma specifica di esimente dalla responsabilità amministrativa qualora il reato sia stato commesso dai c.d. «subalterni» ma sia accertato che la Società, prima della commissione del reato, abbia adottato un modello idoneo a prevenire reati della stessa specie di quello verificatosi.

In concreto la Società per poter essere esonerata dalla responsabilità amministrativa deve:

- dotarsi di un Codice Etico che statuisca principi di comportamento in relazione alle fattispecie di reato;
- definire una struttura organizzativa in grado di garantire una chiara ed organica attribuzione dei compiti, di attuare una segregazione delle funzioni, nonché di ispirare e controllare la correttezza dei comportamenti;
- formalizzare procedure aziendali manuali ed informatiche destinate a regolamentare lo svolgimento delle attività (una particolare efficacia preventiva riveste lo strumento di controllo rappresentato dalla "segregazione dei compiti" tra coloro che svolgono fasi cruciali di un processo a rischio);
- assegnare poteri autorizzativi e di firma in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite;
- comunicare al personale in modo capillare, efficace, chiaro e dettagliato il Codice Etico, le procedure aziendali, il sistema sanzionatorio, i poteri autorizzativi e di firma, nonché tutti gli altri strumenti adeguati ad impedire la commissione di atti illeciti;
- prevedere un idoneo sistema sanzionatorio;
- costituire un Organismo di Vigilanza caratterizzato da una sostanziale autonomia e indipendenza, i cui componenti abbiano la necessaria professionalità per poter svolgere l'attività richiesta;

- prevedere un Organismo di Vigilanza in grado di valutare l'adeguatezza del modello, di vigilare sul suo funzionamento, di curare il suo aggiornamento, nonché di operare con continuità di azione e in stretta connessione con le funzioni aziendali.

2. STORIA E PRESENTAZIONE DELLA SOCIETÀ

L' Ospedale di Sassuolo SpA

Il Nuovo Ospedale di Sassuolo nasce dal trasferimento, dall'integrazione e dalla fusione di due precedenti strutture ospedaliere operanti sul territorio, ovvero il vecchio Ospedale Civile (160 posti letto) e la casa di cura Villa Fiorita (90 posti letto), un'operazione costata circa **68 milioni e 700 mila euro** (133 miliardi delle vecchie lire): ai 60 milioni e 696 mila euro (circa 117 miliardi e 524 milioni di vecchie lire) per la struttura finanziati dallo Stato, dalla Regione, dall'Azienda USL, dai Comuni e dalla Società mista di gestione (51% Azienda USL, 49% soci privati), vanno aggiunti altri 8 milioni di euro (circa 15 miliardi e mezzo di vecchie lire) a carico della Società mista di gestione per tecnologie biomedicali, sistema informatico locale, arredi e impianto TV.

L'attivazione dei diversi servizi dell'Ospedale è stata realizzata in tre fasi.

La prima fase di apertura del nuovo Ospedale, avvenuta a **febbraio 2005**, ha previsto la attivazione di degenze e servizi ospedalieri limitatamente alla consegna prevista dei corpi A e B1. In questa fase si sono realizzati gli spostamenti di tutte le attività svolte a Villa Fiorita e per alcune di esse un graduale potenziamento.

Alla consegna della struttura limitatamente ai Corpi B2 e B3 è avvenuta la seconda fase di trasferimento a **fine luglio 2005**.

Sono state trasferite tutte le attività svolte nel vecchio Ospedale con la sola esclusione di quelle che prevedevano una collocazione nella Palazzina Poliambulatorio.

La consegna della struttura Poliambulatorio è avvenuta nell'**autunno 2007**.

Nella Palazzina del Poliambulatorio sono stati trasferiti il Reparto Medicina Fisica e Riabilitazione, il Reparto Post-acute/Lungodegenza, il Day Hospital ad indirizzo Oncologico e hanno trovato collocazione le attività ambulatoriali.

Nella fase realizzativa dell'Ospedale sono stati previsti e garantiti i criteri di flessibilità ed integrabilità, tali da supportare l'evoluzione tecnologica in continuo divenire e la necessità di poter assumere nuove strategie distributive dei servizi in una logica di variata richiesta dell'offerta.

Oggi, l' Ospedale di Sassuolo è una delle strutture più moderne, attrezzate ed accoglienti dell'intera regione Emilia-Romagna; è composto da un edificio circolare su 3 livelli, da un edificio lineare di 5 piani adibito alla funzione ospedaliera vera e propria e da uno stabile destinato a Poliambulatorio. Nel corpo circolare, dove si trova l'ingresso, hanno sede i servizi di accoglienza ed informazione, la direzione sanitaria e amministrativa.

Si sviluppa su circa 40 mila metri quadrati di terreno nella prima cintura urbana a ridosso delle colline; dispone di oltre **250 posti letto**, impiega circa 500 persone e serve prevalentemente gli oltre 110 mila residenti nei Comuni del distretto

sanitario di Sassuolo e, per alcune discipline specifiche, anche quelli dei distretti di Pavullo e Vignola. L'integrazione con la rete ospedaliera provinciale permette di utilizzare la rete informatica per il rapido trasferimento di alcune importanti informazioni cliniche.

Progettato alla luce degli standard più innovativi per le strutture sanitarie del terzo millennio, offre un'ampia dotazione di servizi e una vasta gamma di attività ambulatoriali e diagnostiche, fortemente integrate con la rete ospedaliera provinciale, ed è inoltre dotato di Elisuperficie.

La dotazione tecnologica è particolarmente ampia, con 7 sale operatorie, 3 sale travaglio-parto, 2 sale gessi, 3 sale endoscopia, 2 Risonanze Magnetiche aperte, 1 Tomografia assiale computerizzata, 4 diagnostiche Rx, 5 diagnostiche ecografiche.

Alle attrezzature d'avanguardia si aggiunge una grande cura dei dettagli: le camere hanno per la gran parte due posti letto, ciascuna è dotata di servizi igienici, di condizionatori e di impianti di ricambio dell'aria. Materiali e finiture si caratterizzano per la forte resistenza agli urti, la facilità di pulizia e di manutenzione e la gradevolezza estetica: la scelta dei materiali di costruzione e dei colori è finalizzata a garantire i massimi livelli di comfort e di accoglienza agli ospiti dell'ospedale.

L'innovazione non coinvolge solamente le scelte costruttive, cliniche e tecnologiche: anche la gestione è infatti caratterizzata da un progetto completamente innovativo che – con l'intento di seguire un approccio capace di coniugare e sviluppare al meglio l'esperienza pubblica con quella privata – ha appunto visto la creazione di una società mista pubblico-privata della quale fanno parte l'Azienda USL di Modena, con il 51% delle azioni, ed una società privata, la Atrikè, con il 49%.

All'interno della società, l'Azienda Usl ha il ruolo di indirizzo e controllo sulla gestione, nomina il direttore sanitario, è proprietaria dell'immobile e determina il contratto di fornitura in coerenza con la programmazione sanitaria provinciale.

La sperimentazione gestionale ha quindi la finalità di applicare concretamente modalità di gestione innovativa ad un ospedale pubblico, data la connotazione e le finalità di servizio pubblico della struttura, la sua collocazione nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, la necessità di garantire una stretta integrazione con il territorio di riferimento.

Fin dalla sua costituzione, la società di gestione ha effettuato importanti investimenti in tecnologie biomediche e realizzato importanti sinergie in ambito informatico con l'AUSL di riferimento come l'adozione di un innovativo Sistema Informativo Ospedaliero sulla frontiera clinico-sanitaria. Gli sforzi dell'Ospedale si stanno pertanto concentrando verso il raggiungimento di un'autonomia nella gestione amministrativa della struttura in modo digitale.

L'apertura e l'integrazione con la rete dei Servizi Sanitari distrettuali e provinciali caratterizza la nuova struttura ospedaliera con possibilità di scambio di competenze e di interrelazione con servizi territoriali, Medici di Medicina Generale ed altre realtà ospedaliere. I modelli organizzativi e gli assetti logistici portano ad un unico percorso clinico diagnostico, favorendo la presa in carico del paziente per gli accertamenti e le valutazioni polispecialistiche; in tale ottica è stata pensata la collocazione delle aree dedicate ad attività specialistica ambulatoriale in una sede unica, la palazzina del poliambulatorio, e la concentrazione in aree omogenee per l'attività di day hospital polispecialistico e day service.

L'Ospedale di Sassuolo svolge quindi un servizio pubblico all'interno della rete dei servizi sanitari provinciali coerentemente con gli indirizzi di programmazione definiti e risponde alle esigenze di primo livello di attività ospedaliere (in regime ordinario e di ospedalizzazione diurna) ed ambulatoriali rappresentate dal Distretto di riferimento e, per

alcune discipline specifiche, dall'intera area sud della provincia di Modena; per tali ambiti l'ospedale deve tendere ad assicurare il maggior livello di autosufficienza possibile, in una logica di integrazione all'interno della rete ospedaliera provinciale e con i servizi territoriali del Distretto. In alcune discipline (e/o nell'ambito di attività altamente specialistiche) l'ospedale di Sassuolo può rappresentare un punto di riferimento anche a valenza aziendale (Azienda USL). Erogare prestazioni sanitarie per i cittadini e l'utenza del territorio di riferimento in larga parte in convenzione ma anche, per alcuni ambiti specialistici, per pazienti di altre province e regioni e verso pazienti paganti in proprio o mediante assicurazioni, mutue integrative, ecc.

Processo di indirizzo e pianificazione

La Direzione dell'Ospedale di Sassuolo si impegna a svolgere la propria funzione guida nella progettazione e gestione delle attività dell'Ospedale attraverso un Processo di indirizzo e pianificazione che, partendo dagli indirizzi di programmazione regionale e locale, le richieste della committenza (Azienda USL), e rilevando i bisogni e le aspettative degli utenti e delle altre parti interessate all'esistenza dell'Ospedale (proprietà, operatori della struttura) perviene ad una chiara definizione:

- dei prodotti/servizi che intende offrire e le relative caratteristiche basilari;
- delle modalità gestionali, organizzative ed operative da adottare;
- dei sistemi di monitoraggio;
- degli obiettivi che la struttura intende perseguire.

Il processo di indirizzo e pianificazione ha portato ad identificare precisi indirizzi strategici, nonché le caratteristiche qualitative dei prodotti/servizi e dei processi che la struttura ritiene importante presidiare.

In sintesi gli indirizzi strategici sono finalizzati a:

- assicurare qualità ed affidabilità delle prestazioni sanitarie erogate;
- realizzare percorsi organizzativi agevoli e puntuali;
- sviluppare attenzione e disponibilità nei rapporti umani;
- realizzare ambienti, servizi e trattamenti di elevato comfort;
- utilizzare dotazioni tecnologiche avanzate.

La strategia si fonda sullo sviluppo di due fattori fondamentali:

1. *Qualità organizzativa*, che si può declinare come attenzione e cura alla comunicazione e all'informazione all'utenza, snellezza e appropriato coordinamento dei percorsi, cortesia degli operatori, garanzia nella pulizia ed igiene, offerta di servizi qualificati accessori alle prestazioni sanitarie;
2. *Qualità professionale*, che si può declinare come affidabilità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, costante orientamento a curare la relazione non solo con i pazienti ma anche con i medici invianti (medici di famiglia e specialisti) in modo da dimostrare "ascolto" e professionalità.

Coerentemente con gli indirizzi strategici delineati, la Direzione dell'Ospedale ha definito, all'interno di apposito documento – "Mission e Politica" –, la propria Politica e la Mission dell'organizzazione, compresi i principi/indirizzi generali con cui quest'ultima deve essere perseguita, per garantire il soddisfacimento di tutte le parti interessate nell'attività della Struttura. Tale documento è approvato dalla Direzione aziendale ed è condiviso con il personale ed ampiamente diffuso; viene aggiornato sulla base delle evoluzioni del contesto di riferimento e dei bisogni dei soggetti interessati, e comunque almeno ogni tre anni.

La mission dell'Ospedale

In particolare, la *mission* dell'Ospedale di Sassuolo è stata così definita:

- l' Ospedale di Sassuolo nasce per assicurare a tutti i cittadini del territorio di riferimento prestazioni ospedaliere di primo livello che rispondano a criteri di efficacia, appropriatezza, efficienza e sicurezza;
- accanto a queste si collocano alcune attività specialistiche che possono rappresentare un punto di riferimento a valenza sovradistrettuale e aziendale;
- l' Ospedale riconosce fra i suoi principi ispiratori la centralità della persona e vuole rappresentare un "luogo" affidabile, amichevole e confortevole per chi deve realizzare il proprio percorso di cura e per chi vi opera;
- l' Ospedale è parte della rete provinciale, operando in forte integrazione col vicino Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Baggiovara;
- per garantire la continuità assistenziale nei percorsi diagnostico terapeutici, collabora con la rete dei servizi socio-sanitari del territorio di riferimento;
- adotta modelli gestionali innovativi in grado di valorizzare le risorse umane e professionali degli operatori anche attraverso il loro coinvolgimento nei processi decisionali e la loro partecipazione alle attività di ricerca e formazione continua.

La politica dell'Ospedale

La Direzione dell'Ospedale ha individuato i seguenti obiettivi di politica, quali elementi strategici per il raggiungimento dei traguardi esplicitati nei propri atti di pianificazione e per migliorare con continuità le proprie prestazioni, nell'ottica della soddisfazione dei bisogni e delle aspettative dei propri utenti:

1) Orientamento dell'Organizzazione al soddisfacimento delle esigenze dell'Utente

attraverso:

- la garanzia di una assistenza clinica globale di alto profilo per l'Utente;
- la rilevazione, attraverso opportuni strumenti di indagine, delle modifiche nella composizione delle diverse tipologie di pazienti e della relativa evoluzione dei bisogni e delle aspettative degli Utenti;
- la sistematica verifica della coerenza degli obiettivi dell'Ospedale con i bisogni e le aspettative rilevati;
- la diffusione delle informazioni relative alle esigenze e alle aspettative rilevate a tutti i livelli dell'organizzazione;

- la sistematica misurazione del grado di soddisfazione degli Utenti, al fine di attivare gli interventi di miglioramento che ne possono conseguire;
- la strutturazione delle migliori modalità di rapporto con gli Utenti, nell'ambito dei principi di tutela, partecipazione, comunicazione;
- il miglioramento della capacità dell'Organizzazione di informare gli Utenti sui servizi (modalità di accesso e di fruizione) e sulle garanzie offerte;
- la responsabilizzazione costante del personale nel rispondere ai bisogni individuali degli Utenti.

2) Coinvolgimento e valorizzazione delle risorse umane operanti nell'Ospedale

attraverso:

- l'affermazione del principio che, in una Azienda sanitaria, le persone costituiscono l'essenza dell'organizzazione e che il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione stessa;
- il perseguimento dell'unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione, affinché sia creato e mantenuto un ambiente interno che coinvolga pienamente tutti i soggetti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- la promozione di una chiara visione dell'organizzazione per tutti gli Operatori dell'Ospedale;
- la formulazione di obiettivi e traguardi oggettivamente perseguibili e motivanti;
- l'introduzione e il mantenimento di valori comuni, modelli e regole etiche a tutti i livelli dell'Organizzazione, affermando, in particolare, la necessità di improntare i comportamenti con gli Utenti ai principi del rispetto della persona, della cortesia e disponibilità e della trasmissione di tutte le informazioni necessarie nei percorsi diagnostici, riabilitativi ed assistenziali;
- la garanzia di attivazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi e di opportunità formative e di aggiornamento professionale;
- la promozione della consapevolezza del diritto/dovere di agire con responsabilità, nonché della valutazione delle proprie prestazioni in relazione agli obiettivi definiti;
- la garanzia di sicurezza degli operatori e degli Utenti, mediante la applicazione efficace delle normative vigenti in materia e la promozione in continuo dell'adozione delle necessarie norme comportamentali.

3) Adozione di decisioni e avvio di azioni basate sull'evidenza

attraverso:

- l'adozione del principio in base al quale le decisioni e le azioni efficaci si basano sull'analisi di informazioni e dati accurati, attendibili e riproducibili, oltre che sull'esperienza e la competenza professionale;
- la garanzia di accesso di dati ed informazioni a tutti coloro che, all'interno dell'Ospedale, ne possano necessitare e proficuamente fruire per la gestione dei processi e delle attività;
- la strutturazione ed il miglioramento continuo di un sistema informativo atto a fornire il necessario supporto a decisioni ed azioni;

- la promozione presso tutti i dirigenti ed operatori sanitari dell'utilizzo dei principi della medicina basata sulle prove di efficacia e di appropriatezza nei percorsi diagnostici, assistenziali e riabilitativi, e dell'ottimale utilizzo delle risorse assegnate.

4) Gestione per processi e approccio sistemico

attraverso:

- la promozione del principio in base al quale i risultati attesi sono ottenuti con maggiore efficienza ed efficacia quando i fattori produttivi e le attività sono gestiti secondo una logica di processo e che definire, comprendere e gestire un *sistema* di processi, migliora a sua volta l'intera organizzazione;
- l'introduzione del principio in base al quale l'approccio per processi di per sé implica l'esercizio del controllo degli stessi e delle attività che li costituiscono, ed è finalizzato alla prevenzione dell'errore e degli scostamenti dagli standard definiti, nonché alla eliminazione delle attività/operazioni che non generano valore aggiunto, con conseguente ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- la chiara definizione delle responsabilità di gestione dei processi e delle attività;
- la analisi e la definizione delle interdipendenze tra i processi del sistema e l'impostazione di meccanismi di integrazione che li armonizzino ed integrino tra loro;
- la applicazione sistematica dell'approccio di analisi e controllo di processo per la messa a fuoco e la scelta delle priorità di miglioramento, attraverso opportuni sistemi di monitoraggio.

5) Miglioramento continuo

attraverso:

- l'adozione del miglioramento continuo come obiettivo permanente di tutti i soggetti dell'organizzazione, per le rispettive competenze ed in relazione alle priorità individuate;
- il miglioramento delle capacità di analisi delle possibilità offerte dall'evoluzione della tecnologia e delle scienze mediche al fine di mantenere elevati livelli di Qualità delle prestazioni fornite;
- il monitoraggio costante del livello di qualità offerto rispetto agli standard di Qualità definiti e l'impegno a migliorare tali standard nel tempo;
- la definizione sistematica delle priorità di miglioramento, in funzione delle criticità rilevate e dei risultati e valutazioni derivanti dai monitoraggi di processo e di prodotto;
- il riconoscimento, la valorizzazione e la diffusione dei risultati delle azioni di miglioramento, nell'ottica di costituire un circuito che promuova l'emulazione delle azioni tendenti all'eccellenza.

Le vicende dell'Ospedale

omissis

Sistema Qualità e Manuale per l'Accreditamento

L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha sviluppato ed adottato un "Manuale per l'Accreditamento" che rappresenta un riferimento per l'attuazione del modello di Accreditamento della Regione Emilia Romagna e descrive il Sistema Qualità implementato all'interno dell'Ospedale stesso e nei diversi livelli organizzativi ad esso afferenti.

Il Sistema di Gestione della Qualità sviluppato dall'Ospedale di Sassuolo, al fine di permettere il conseguimento di quanto definito negli indirizzi strategici, nella Mission e Politica dell'Ospedale stesso, si basa sulla pianificazione di quattro elementi fondamentali:

- a) il sistema organizzativo e i processi che portano all'erogazione dei prodotti servizi ed alla gestione delle risorse e del sistema nel suo complesso;
- b) i servizi e le prestazioni offerte e le loro caratteristiche basilari, definiti in funzione delle esigenze di tutte le parti interessate, in primo luogo i soggetti fruitori dei servizi;
- c) il sistema di monitoraggio all'interno della struttura;
- d) gli obiettivi che la struttura intende perseguire.

Il Manuale per l'Accreditamento, le cui sezioni sono state redatte, approvate ed emesse dalla Direzione dell'Ospedale con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento, viene aggiornato dal Servizio Qualità e Accreditamento dell'Ospedale ogniqualvolta si verificano modifiche organizzative o strutturali che lo rendano necessario e, comunque, con una periodicità non superiore a 3 anni e, se necessario, prima di ogni visita di verifica.

In generale, il Servizio Qualità e Accreditamento – che è in staff al Direttore Sanitario ed è a supporto della Direzione Aziendale – assicura l'istituzione, lo sviluppo e il corretto mantenimento del Sistema Qualità aziendale, cura gli adempimenti relativi alle procedure di autorizzazione (in collaborazione con i Servizi Tecnici), accreditamento e certificazione della qualità della struttura, assicura la gestione del Sistema Qualità aziendale in un'ottica di conformità con i modelli normativi applicabili e in coerenza con gli obiettivi definiti, garantisce il Coordinamento del sistema di Auditing interno e di monitoraggio degli indicatori del Sistema Qualità e supporta i diversi percorsi finalizzati al miglioramento delle prestazioni erogate, degli aspetti di comunicazione e relazione con l'utenza, all'efficienza organizzativa, alla motivazione degli operatori (Servizio Qualità e Accreditamento; Direzione Sanitaria; Direzione Aziendale).

Il Responsabile Qualità e Accreditamento, secondo le indicazioni della Direzione e con il supporto degli altri Responsabili della Struttura, ha la responsabilità di:

- promuovere nella Struttura la cultura dell'ascolto dell'utente e della gestione della Qualità;
- sensibilizzare costantemente tutto il personale, in merito alla rilevanza della corretta gestione delle attività di competenza, inquadrando nell'ambito del Sistema Qualità e promuovendo la "filosofia del fornitore-cliente interno";
- motivare il personale alla sistematica rilevazione dei punti di debolezza dell'Organizzazione in un'ottica di perseguimento degli obiettivi di qualità e di miglioramento continuo delle prestazioni;

attraverso l'organizzazione di specifici momenti di formazione/informazione, collettivi o individuali, finalizzati alla condivisione della filosofia della Qualità e degli strumenti impostati nell'ambito del Sistema progettato per il suo perseguimento, mantenimento e miglioramento nel tempo (Responsabile Servizio Qualità e Accreditamento);

Le principali RegISTRAZIONI della Qualità riguardano, in relazione alle quali modalità e responsabilità sono definite in specifiche procedure:

- gli accordi, impegni e contratti che regolamentano il rapporto con le strutture invianti e con gli utenti;
- le attività diagnostiche terapeutiche effettuate;
- gli esiti dei controlli e dei monitoraggi necessari, tra l'altro, per l'elaborazione degli indici definiti relativamente al livello di qualità del prodotto-servizio e dei processi;
- la gestione di non conformità e l'avvio di azioni correttive, preventive e di miglioramento;
- gli Audit interni per le verifiche sul funzionamento;
- il controllo, la taratura e la manutenzione delle apparecchiature e degli impianti della Struttura;
- la verifica e l'approvazione dei dati relativi alla acquisizione di prodotti e servizi;
- l'inserimento, l'addestramento e la formazione del personale.

Il Sistema Qualità del Ospedale di Sassuolo SpA di Sassuolo trova il proprio corrispettivo formale nella documentazione che lo governa. Tutti i documenti di cui la Struttura garantisce una gestione controllata sono inseriti in un elenco mantenuto aggiornato dal Responsabile Qualità Accreditamento. Le norme adottate per la gestione di tali documenti definiscono:

- i livelli di approvazione necessari (enti preposti alla redazione, verifica, approvazione);
- i criteri di codifica;
- le modalità da seguire per la gestione controllata degli aggiornamenti;
- le responsabilità e modalità di distribuzione delle copie aggiornate agli enti interessati;
- le responsabilità e modalità di archiviazione e conservazione dei documenti originali;
- le modalità di gestione dei documenti superati (loro conservazione ed eliminazione);

Anche la modifica di documenti già emessi segue precisi criteri di gestione per garantire che:

- le modifiche siano esaminate ed approvate dagli stessi organismi che avevano dato la prima approvazione, salvo diverse disposizioni da parte della Direzione;
- i suddetti organismi abbiano accesso a tutte le informazioni necessarie alla verifica e all'approvazione dei documenti;
- il documento modificato riporti un indice di revisione aggiornato, la data di emissione e l'evidenza della natura della modifica;
- i documenti siano riemessi completamente qualora risulti necessario per una migliore chiarezza e leggibilità degli stessi.

L'Ospedale di Sassuolo è interamente accreditato, ad esclusione della struttura di San Felice e del Poliambulatorio "Ars Medica", autorizzati a svolgere prestazioni in SSN.

ASSETTO SOCIETARIO

Organi sociali

COMPONENTI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Presidente

Enrico Contini

Vice Presidente

Milo Pacchioni

Consiglieri

Natalino Michelini

Mauro Fantini

Gian Enrico Venturini

COMPONENTI COLLEGIO SINDACALE

Presidente

Stefano Giovanardi

Membri effettivi

Francesco Minghelli

Vincenzo Ferrari

Membri supplenti

Rovatti Andrea

xx

DIRETTORE GENERALE

Bruno Zanaroli

DIRETTORE SANITARIO

Andrea Donati

ORGANISMO DI VIGILANZA

Riccardo Cavallini (Presidente e membro esterno)

Emiliano Vandelli (membro interno)

Federico Marzo (membro interno)

3. SCOPO

La Società, al fine di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività aziendali, ha ritenuto necessario adottare il modello in linea con le prescrizioni del d.lgs. n. 231 del 2001.

Il modello è destinato a descrivere le modalità operative adottate e le responsabilità attribuite all'interno dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

La Società ritiene che l'adozione di tale modello costituisca, al di là delle prescrizioni di legge, un valido strumento di sensibilizzazione e informazione di tutti i dipendenti e di tutti gli altri soggetti interessati (consulenti, partner, etc.).

Le finalità del Modello sono pertanto quelle di:

- prevenire e ragionevolmente limitare i possibili rischi connessi all'attività aziendale con particolare riguardo ai rischi collegati alle condotte illegali;
- fare acquisire a tutti coloro che operano in nome e per conto dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. nelle aree di attività a rischio, la consapevolezza dell'eventualità di commettere, ove risultino violate le disposizioni riportate nel modello, un reato passibile di sanzioni penali e/o amministrative non solo nei loro confronti, ma anche nei confronti dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A.;
- ribadire che l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. non ammette comportamenti illeciti;
- informare in ordine alle gravose conseguenze che potrebbero derivare alla società (e dunque indirettamente a tutti i portatori di interesse) dall'applicazione delle sanzioni pecuniarie e interdittive previste dal Decreto e della possibilità che esse siano disposte anche in via cautelare;
- consentire alla società un costante controllo ed un'attenta vigilanza sulle attività, in modo da poter intervenire tempestivamente ove si manifestino profili di rischio ed eventualmente applicare le misure disciplinari previste dallo stesso Modello;
- eliminare eventuali carenze organizzative, soprattutto in materia di sicurezza, con l'obiettivo di scongiurare il verificarsi di infortuni sul lavoro, ponendo particolare attenzione, oltre all'aspetto prevenzionistico, anche a quello formativo-informativo-addestrativo dei lavoratori.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le regole contenute nel Modello si applicano a coloro che svolgono, anche di fatto, funzioni di gestione, amministrazione, direzione o controllo nella Società, ai soci e ai dipendenti, nonché a coloro i quali, pur non appartenendo alla Società, operano su mandato della medesima o sono legati contrattualmente alla stessa.

Di conseguenza, saranno destinatari del modello, tra i soggetti in posizione apicale: 1) Presidente del C.d.A.; 2) amministratori; 3) dirigenti; 4) sindaci; 5) componenti dell'OdV; tra i soggetti sottoposti all'altrui direzione: 1) dipendenti; 2) stagisti.

In forza di apposite clausole contrattuali e limitatamente allo svolgimento delle attività sensibili a cui essi eventualmente partecipano, possono essere destinatari di specifici obblighi, strumentali ad un'adeguata esecuzione delle attività di controllo interno previste nella presente Parte Generale, i seguenti soggetti esterni:

- i collaboratori, gli agenti e i rappresentanti, i consulenti e in generale i soggetti che svolgono attività di lavoro autonomo nella misura in cui essi operino nell'ambito delle aree di attività sensibili per conto o nell'interesse della Società;
- i fornitori e i partners commerciali (anche sottoforma di associazione temporanea di imprese, nonché di joint-venture) che operano in maniera rilevante e/o continuativa nell'ambito delle aree di attività cosiddette sensibili per conto o nell'interesse della Società.

Tra i c.d. soggetti esterni debbono ricondursi anche coloro che nella sostanza operano in maniera rilevante e/o continuativa nell'ambito delle aree di attività sensibili per conto o nell'interesse della Società.

L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. divulga il presente Modello attraverso modalità idonee ad assicurarne l'effettiva conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati.

I soggetti ai quali il Modello si rivolge sono tenuti a rispettarne puntualmente tutte le disposizioni, anche in adempimento dei doveri di lealtà, correttezza e diligenza che scaturiscono dai rapporti giuridici instaurati con la Società.

L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. condanna qualsiasi comportamento difforme non solo dalla legge, ma anche e soprattutto, per quel che qui importa, dal Modello e dal Codice Etico; ciò pure laddove il comportamento illecito sia stato realizzato nell'interesse della Società ovvero con l'intenzione di arrecare ad essa un vantaggio.

5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELL'OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.

5.1. Sintesi del progetto di predisposizione e sviluppo del Modello di organizzazione, gestione e controllo, conforme ai sensi del D.Lgs. 231/2001 per l'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

Con incontro del 20 marzo 2012, il Gruppo di lavoro 231 ha presentato alla Società l'avvio del progetto finalizzato allo sviluppo del Modello di organizzazione, gestione e controllo (di seguito "MOG") della Società, ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 231/01 e delle Linee Guida di Confindustria.

Il MOG è stato realizzato per l'Ospedale di Sassuolo SpA, con sede legale in Sassuolo (MO), alla Via F. Ruini, n. 2.

Nel corso del progetto, il Gruppo di lavoro 231 ha significativamente coinvolto le funzioni aziendali competenti – nell'attività di comprensione, analisi e valutazione, nonché condivisione dei vari temi – con incontri ed interviste mirati

alla raccolta di informazioni relative alla Società e finalizzati ad un'analisi di dettaglio e ad una valutazione delle aree di rischio, e con informative periodiche sull'avanzamento del progetto ed eventuali criticità emerse nel corso dello stesso.

Il progetto di predisposizione e sviluppo del MOG è stato realizzato in 18 mesi (marzo 2012 – ottobre 2013) e si è articolato nelle seguenti fasi.

Figura n. 1: Modello di organizzazione, gestione e controllo dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A.



5.2. Fase 1: Avvio e Risk Assessment Macro

La presente fase ha portato alla realizzazione delle seguenti attività:

- Organizzazione, pianificazione, comunicazione e avvio del progetto di predisposizione e sviluppo del MOG;
- Raccolta documentazione/informazioni preliminari;
- Analisi dell'azienda e identificazione delle aree di rischio ex D.Lgs. 231/01 ("macro aree" di attività sensibili) e dei relativi responsabili/ruoli aziendali coinvolti;
- Analisi e valutazione dell'ambiente di controllo dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. per identificare le eventuali carenze rispetto alle componenti chiave del MOG.

La seguente fase ha prodotto specifica documentazione di pianificazione, organizzazione, comunicazione e avvio del progetto di predisposizione e sviluppo del MOG.

5.3. Fase 2: *Risk Assessment Micro*

La presente fase ha portato alla realizzazione delle seguenti attività:

- Analisi di dettaglio delle aree a rischio identificate attraverso interviste;
- Identificazione degli specifici processi/attività sensibili ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 emersi dall'analisi di dettaglio delle aree ("macro aree" di attività sensibili);
- Valutazione dei rischi attraverso la mappatura dei processi sensibili in termini di:
 - reati prospettabili ed astrattamente ipotizzabili a cui ciascun processo risulta esposto;
 - potenziali modalità attuative del reato per ciascun processo;
 - funzioni organizzative/ruoli aziendali coinvolti nel processo;
 - livello di copertura – tramite la predisposizione di protocolli preventivi – dei processi in termini di: sistema dei poteri, sistemi informativi, procedure documentali, reportistica;
 - descrizione del flusso di processo.

La mappatura dei processi è stata riportata all'interno della presente "Parte Generale" e all'interno delle singole "Parti Speciali" del Modello di organizzazione, gestione e controllo.

5.4. Fase 3: *Gap Analysis* e definizione del piano di implementazione

La presente fase ha portato alla realizzazione delle seguenti attività:

- Identificazione del quadro di protocolli preventivi (di sistema e specifici) da applicare a ciascun processo sensibile ("macro aree" di attività sensibili) al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/01 e successive integrazioni;
- Valutazione della mappatura dei processi sensibili – effettuata nella Fase 2 – al fine di identificare le carenze dei processi sensibili rispetto al quadro dei protocolli preventivi identificati (*Gap Analysis*);
- Definizione del piano di azioni da attuare per lo sviluppo del MOG all'interno della Società, tenendo conto delle carenze emerse sui processi (*Risk Assessment Micro*) e delle raccomandazioni fornite nella Fase 1 del progetto con riferimento all'ambiente di controllo e alle componenti macro del modello (*Risk Assessment Macro*).

Il risultato di tali attività è stato riportato all'interno della "Parte Generale" e all'interno delle singole "Parti Speciali" del Modello di organizzazione, gestione e controllo dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

5.5. Fase 4: implementazione del Modello di organizzazione, gestione e controllo per l'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

La presente fase ha portato alla realizzazione delle seguenti attività:

- Implementazione del piano di azioni di miglioramento – definito alla Fase 3 – che ha portato alla definizione, condivisione e formalizzazione di:
 - componenti macro del MOG: Codice Etico, Struttura organizzativa/Sistema delle deleghe e dei poteri, Sistema sanzionatorio, Regolamento OdV;
 - protocolli preventivi – di sistema e specifici – e processi strumentali per ciascuna “macro area” di attività sensibili, oggetto di dettagliata analisi nelle relative “Parti Speciali”.
- Formalizzazione del Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs. 231/01, riportato integralmente in allegato al presente documento.

Il Modello di organizzazione, gestione e controllo dell’Ospedale di Sassuolo S.p.A., ai sensi del D.Lgs. 231/01 è stato presentato al Vertice aziendale e successivamente sottoposto al Consiglio di Amministrazione della Società ed approvato – nella sua prima versione – con delibera del C.d.A., in data _____ .

6. STRUTTURA E ARTICOLAZIONE DEL MODELLO

6.1. Modelli di riferimento

Il presente Modello è ispirato al documento “Codici di comportamento” per l’adozione di modelli di organizzazione, gestione e controllo deliberato dalla Direzione ANCSST, alle “Linee guida per la costruzione di modelli di organizzazione, gestione e controllo deliberato ex d.lgs. 231/01” approvate da Confindustria in data 7 marzo 2002 (aggiornate al 31 marzo 2008 con la normativa in tema di sicurezza sul lavoro nonché di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita), alle “Linee Guida per l’adozione del modello organizzativo e gestionale ai sensi del D.Lgs. 231/01” redatte dall’A.I.O.P., alle indicazioni fornite dal Consiglio Nazionale dell’Associazione Italiana Ospedalità Privata, alle norme e alla programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale ed ai relativi atti amministrativi nel cui rispetto l’Ospedale di Sassuolo è tenuto ad operare.

Le fasi fondamentali che le Linee Guida individuano nella costruzione dei Modelli possono essere così schematizzate:

- una prima fase consiste nell’identificazione dei rischi, ossia l’analisi del contesto aziendale per evidenziare dove (in quale area/settore di attività) e secondo quali modalità si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal Decreto;
- una seconda fase che consiste nella progettazione del sistema di controllo (c.d. protocolli per la programmazione della formazione ed attuazione delle decisioni dell’ente), ossia la valutazione del sistema esistente all’interno dell’ente ed il suo eventuale adeguamento, in termini di capacità di contrastare efficacemente, cioè ridurre ad un livello accettabile, i rischi identificati.

Da un punto di vista concettuale, la riduzione del rischio comporta il dovere di intervenire su due fattori determinanti: 1) la probabilità di accadimento dell’evento; 2) l’impatto dell’evento stesso.

Per operare efficacemente, il sistema delineato non può però ridursi a un'attività saltuaria, ma deve tradursi in un processo continuo da reiterare con particolare attenzione ai momenti di cambiamento aziendale.

Va peraltro osservato che la premessa per la costruzione di un sistema di controllo preventivo adeguato passa attraverso la definizione del “*rischio accettabile*”.

Se nell'ambito della progettazione di sistemi di controllo a tutela dei rischi di *business*, il rischio è ritenuto accettabile quando i controlli aggiuntivi “costano” più della risorsa da proteggere (es. le comuni automobili sono dotate di antifurto e non anche di un vigile armato), nel contesto del d.lgs. n. 231 del 2001, la logica economica dei costi non può però essere un riferimento utilizzabile in via esclusiva. È pertanto importante che ai fini dell'applicazione delle norme del decreto sia definita una soglia effettiva che consenta di porre un limite alla quantità/qualità delle misure di prevenzione da introdurre per evitare la commissione dei reati considerati. D'altronde, in assenza di una previa determinazione del rischio accettabile, la quantità/qualità di controlli preventivi istituibili è infatti virtualmente infinita, con le intuibili conseguenze in termini di operatività aziendale. Del resto, il generale principio, invocabile anche nel diritto penale, dell'esigibilità concreta del comportamento, sintetizzato dal brocardo latino *ad impossibilia nemo tenetur*, rappresenta un criterio di riferimento ineliminabile anche se, spesso, appare difficile individuarne in concreto il limite.

La nozione di “accettabilità” di cui sopra riguarda i rischi di condotte devianti dalle regole del modello organizzativo e non anche i sottostanti rischi lavorativi per la salute e la sicurezza dei lavoratori che, secondo i principi della vigente legislazione prevenzionistica, devono essere comunque integralmente eliminati in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico e, ove ciò non sia possibile, ridotti al minimo e, quindi, gestiti.

Riguardo al sistema di controllo preventivo da costruire in relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato contemplate dal d.lgs. n. 231 del 2001, la soglia concettuale di accettabilità, nei casi di reati dolosi, è rappresentata da un **sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente**. Questa soluzione è in linea con la logica della “elusione fraudolenta” del modello organizzativo quale esimente espressa dal citato decreto legislativo ai fini dell'esclusione della responsabilità amministrativa dell'ente (art. 6, comma 1, lett. c), «*le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione*»).

Diversamente, nei casi di reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi con violazione delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, la soglia concettuale di accettabilità, agli effetti esimenti del d.lgs. n. 231 del 2001, è rappresentata dalla realizzazione di una condotta (non accompagnata dalla volontà dell'evento-morte/lesioni personali) violativa del modello organizzativo di prevenzione (e dei sottostanti adempimenti obbligatori prescritti dalle norme prevenzionistiche) nonostante la puntuale osservanza degli obblighi di vigilanza previsti dal d.lgs. n. 231 del 2001 da parte dell'apposito organismo di vigilanza. Ciò in quanto l'elusione fraudolenta dei modelli organizzativi appare incompatibile con l'elemento soggettivo dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, di cui agli artt. 589 e 590 c.p.

Secondo le Linee Guida, la realizzazione di un sistema di gestione del rischio deve muovere dal presupposto che i reati possano comunque essere commessi anche una volta attuato il modello. Laddove si tratti di reati dolosi, il modello e le relative misure devono cioè essere tali che l'agente non solo dovrà “volere” l'evento reato (es. corrompere un pubblico funzionario) ma potrà attuare il suo proposito criminoso soltanto aggirando fraudolentemente (es. attraverso artifici e/o

raggiri) le indicazioni dell'ente. L'insieme di misure che l'agente, se vuol delinquere, sarà costretto a "forzare", dovrà essere realizzato in relazione alle specifiche attività dell'ente considerate a rischio ed ai singoli reati ipoteticamente collegabili alle stesse. Nell'ipotesi, invece, di reati colposi, gli stessi devono essere voluti dall'agente solo come condotta e non anche come evento.

La metodologia per la realizzazione di un sistema di gestione del rischio che verrà di seguito esposta ha valenza generale.

Il procedimento descritto può essere infatti applicato a varie tipologie di rischio: legale, operativo, di *reporting* finanziario, ecc. Questa caratteristica consente di utilizzare il medesimo approccio anche qualora i principi del d.lgs. n. 231 del 2001 vengano estesi ad altri ambiti. In particolare, con riferimento alla avvenuta estensione del d.lgs. n. 231 del 2001 ai reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, è opportuno ribadire che la vigente disciplina legislativa della prevenzione dei rischi lavorativi detta i principi e criteri essenziali per la gestione della salute e sicurezza sul lavoro in azienda e pertanto, in questo ambito, il modello organizzativo non potrà prescindere da tale preconditione.

Naturalmente, per quelle organizzazioni che abbiano già attivato processi di autovalutazione interna, anche certificati, si tratta di focalizzarne l'applicazione, qualora così non fosse, su tutte le tipologie di rischio e con tutte le modalità contemplate dal d.lgs. n. 231 del 2001. A questo proposito è opportuno rammentare che la gestione dei rischi è un processo maieutico che le imprese devono attivare al proprio interno secondo le modalità ritenute più appropriate, ovviamente nel rispetto degli obblighi stabiliti dall'ordinamento. I modelli che verranno quindi predisposti ed attuati a livello aziendale saranno il risultato dell'applicazione metodologica documentata, da parte di ogni singolo ente, delle indicazioni qui fornite, in funzione del proprio contesto operativo interno (struttura organizzativa, articolazione territoriale, dimensioni, ecc.) ed esterno (settore economico, area geografica), nonché dei singoli reati ipoteticamente collegabili alle specifiche attività dell'ente considerate a rischio.

Quanto alle modalità operative della gestione dei rischi, soprattutto con riferimento a quali soggetti/funzioni aziendali possono esserne concretamente incaricati, le metodologie possibili sono sostanzialmente due:

- valutazione da parte di un organismo aziendale che svolga questa attività con la collaborazione del *management* di linea;
- autovalutazione da parte del *management* operativo con il supporto di un tutore/facilitatore metodologico.

Secondo l'impostazione logica appena delineata, di seguito verranno esplicitati i passi operativi che la Società dovrà compiere per attivare un sistema di gestione dei rischi coerente con i requisiti imposti dal d.lgs. n. 231 del 2001. Nel descrivere tale processo logico, enfasi viene posta sui risultati rilevanti delle attività di autovalutazione poste in essere ai fini della realizzazione del sistema.

Inventariazione degli ambiti aziendali di attività

Lo svolgimento di tale fase può avvenire secondo approcci diversi, tra gli altri, per attività, per funzioni, per processi. Esso comporta, in particolare, il compimento di una revisione periodica esaustiva della realtà aziendale, con l'obiettivo di

individuare le aree che risultano interessate dalle potenziali casistiche di reato. Così, per quel che riguarda ad esempio i reati contro la P.A., si tratterà di identificare quelle aree che per loro natura abbiano rapporti diretti o indiretti con la P.A. nazionale ed estera. In questo caso alcune tipologie di processi/funzioni saranno sicuramente interessate (ad esempio le vendite verso la P.A., la gestione delle concessioni da P.A. locali, e così via), mentre altre potranno non esserlo o esserlo soltanto marginalmente. Riguardo invece ai reati di omicidio e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, non è possibile escludere aprioristicamente alcun ambito di attività, dal momento che tale casistica di reati può di fatto investire la totalità delle componenti aziendali.

Nell'ambito di questo procedimento di revisione dei processi/funzioni a rischio, è opportuno identificare i soggetti sottoposti all'attività di monitoraggio che, con riferimento ai reati dolosi, in talune circostanze particolari ed eccezionali, potrebbero includere anche coloro che siano legati all'impresa da meri rapporti di parasubordinazione, quali ad esempio gli agenti, o da altri rapporti di collaborazione, come i partner commerciali, nonché i dipendenti ed i collaboratori di questi ultimi.

Sotto questo profilo, per i reati colposi di omicidio e lesioni personali commessi con violazione delle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, soggetti sottoposti all'attività di monitoraggio sono tutti i lavoratori destinatari della stessa normativa.

Nel medesimo contesto è altresì opportuno porre in essere esercizi di *due diligence* tutte le volte in cui, in sede di valutazione del rischio, siano stati rilevati "indicatori di sospetto" (ad esempio conduzione di trattative in territori con alto tasso di corruzione, procedure particolarmente complesse, presenza di nuovo personale sconosciuto all'ente) afferenti ad una particolare operazione commerciale.

Infine, occorre sottolineare che ogni azienda/settore presenta i propri specifici ambiti di rischiosità che possono essere individuati soltanto tramite una puntuale analisi interna. Una posizione di evidente rilievo ai fini dell'applicazione del d.lgs. n. 231 del 2001 rivestono, tuttavia, i processi dell'area finanziaria.

Analisi dei rischi potenziali

L'analisi dei potenziali rischi deve aver riguardo alle possibili modalità attuative dei reati nelle diverse aree aziendali (individuate secondo il processo di cui al punto precedente). L'analisi, propedeutica ad una corretta progettazione delle misure preventive, deve sfociare in una rappresentazione esaustiva di come le fattispecie di reato possono essere attuate rispetto al contesto operativo interno ed esterno in cui opera l'azienda.

A questo proposito è utile tenere conto sia della storia dell'ente, cioè delle sue vicende passate, che delle caratteristiche degli altri soggetti operanti nel medesimo settore ed, in particolare, degli eventuali illeciti da questi commessi nello stesso ramo di attività.

In particolare, l'analisi delle possibili modalità attuative dei reati di omicidio e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione degli obblighi di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, corrisponde alla valutazione dei rischi lavorativi effettuata secondo i criteri previsti dall'art. 28 d.lgs. n. 81 del 2008.

Valutazione/costruzione/adeguamento del sistema di controlli preventivi

Le attività precedentemente descritte si completano con una valutazione del sistema di controlli preventivi eventualmente esistente e con il suo adeguamento quando ciò si riveli necessario, o con una sua costruzione quando l'ente ne sia sprovvisto. Il sistema di controlli preventivi dovrà essere tale da garantire che i rischi di commissione dei reati, secondo le modalità individuate e documentate nella fase precedente, siano ridotti ad un "livello accettabile", secondo la definizione esposta in premessa. Si tratta, in sostanza, di progettare quelli che il d.lgs. n. 231 del 2001 definisce «*specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire*». Le componenti di un sistema di controllo interno (preventivo), per le quali esistono consolidati riferimenti metodologici, sono molteplici.

Tuttavia, è opportuno ribadire che, per tutti gli enti, il sistema di controlli preventivi dovrà essere tale che lo stesso:

- nel caso di reati dolosi, non possa essere aggirato se non con intenzionalità;
- nel caso di reati colposi, come tali incompatibili con l'intenzionalità fraudolenta, risulti comunque violato, nonostante la puntuale osservanza degli obblighi di vigilanza da parte dell'apposito organismo di vigilanza.

Secondo le indicazioni appena fornite, qui di seguito sono elencate, con distinto riferimento ai reati dolosi e colposi previsti dal d.lgs. n. 231 del 2001, quelle che generalmente vengono ritenute le **componenti (i protocolli) di un sistema di controllo preventivo**, che dovranno essere attuate a livello aziendale per garantire l'efficacia del modello.

A) Sistemi di controllo preventivo dei reati dolosi

Le componenti più rilevanti del sistema di controllo, secondo le Linee Guida proposte da Confindustria, sono:

- il Codice Etico con riferimento ai reati considerati;
- un sistema organizzativo formalizzato e chiaro, soprattutto per quanto attiene all'attribuzione di responsabilità;
- le procedure manuali ed informatiche (sistemi informativi) tali da regolamentare lo svolgimento delle attività prevedendo gli opportuni punti di controllo; in questo ambito una particolare efficacia preventiva riveste lo strumento di controllo rappresentato dalla separazione di compiti fra coloro che svolgono fasi (attività) cruciali di un processo a rischio;
- i poteri autorizzativi e di firma assegnati in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite;
- il sistema di controllo di gestione in grado di fornire tempestiva segnalazione dell'esistenza e dell'insorgere di situazioni di criticità generale e/o particolare;

- comunicazione al personale e sua formazione.

B) Sistemi di controllo preventivo dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi con violazione delle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro

Fermo restando quanto già precisato in relazione alle fattispecie di reato doloso, in questo ambito, le componenti più rilevanti del sistema di controllo sono:

- il Codice Etico (o di comportamento) con riferimento ai reati considerati;
- una struttura organizzativa con compiti e responsabilità in materia di salute e sicurezza sul lavoro definiti formalmente in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda, a partire dal datore di lavoro fino al singolo lavoratore. Particolare attenzione va riservata alle figure specifiche operanti in tale ambito.

Tale impostazione comporta in sostanza che:

- a) nella definizione dei compiti organizzativi e operativi della direzione aziendale, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori siano esplicitati anche quelli relativi alle attività di sicurezza di rispettiva competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse attività;
 - b) siano in particolare documentati i compiti del RSPP e degli eventuali ASPP, del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, degli addetti alla gestione delle emergenze e del medico competente;
- formazione e addestramento: lo svolgimento di compiti che possono influenzare la salute e sicurezza sul lavoro richiede una adeguata competenza, da verificare ed alimentare attraverso la somministrazione di formazione e addestramento finalizzati ad assicurare che tutto il personale, ad ogni livello, sia consapevole della importanza della conformità delle proprie azioni rispetto al modello organizzativo e delle possibili conseguenze dovute a comportamenti che si discostino dalle regole dettate dal modello. In concreto, ciascun lavoratore/operatore aziendale deve ricevere una formazione sufficiente ed adeguata con particolare riferimento al proprio posto di lavoro ed alle proprie mansioni. Questa deve avvenire in occasione dell'assunzione, del trasferimento o cambiamento di mansioni o dell'introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi. L'azienda dovrebbe organizzare la formazione e l'addestramento secondo i fabbisogni rilevati periodicamente;
 - comunicazione e coinvolgimento: la circolazione delle informazioni all'interno dell'azienda assume un valore rilevante per favorire il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati e consentire consapevolezza ed impegno adeguati a tutti i livelli. Il coinvolgimento dovrebbe essere realizzato attraverso:
 - a) la consultazione preventiva in merito alla individuazione e valutazione dei rischi ed alla definizione delle misure preventive;
 - b) riunioni periodiche che tengano conto almeno delle richieste fissate dalla legislazione vigente utilizzando anche le riunioni previste per la gestione aziendale;

- gestione operativa: il sistema di controllo, relativamente ai rischi per la salute e sicurezza sul lavoro dovrebbe integrarsi ed essere congruente con la gestione complessiva dei processi aziendali. Dall'analisi dei processi aziendali e delle loro interrelazione e dai risultati della valutazione dei rischi deriva la definizione delle modalità per lo svolgimento in sicurezza delle attività che impattano in modo significativo sulla salute e sicurezza sul lavoro. L'azienda, avendo identificato le aree di intervento associate agli aspetti di salute e sicurezza, dovrebbe esercitarne una gestione operativa regolata.

In questo senso, particolare attenzione dovrebbe essere posta riguardo a:

- a) assunzione e qualificazione del personale;
- b) organizzazione del lavoro e delle postazioni di lavoro;
- c) acquisizione di beni e servizi impiegati dall'azienda e comunicazione delle opportune informazioni a fornitori ed appaltatori;
- d) manutenzione normale e straordinaria;
- e) qualificazione e scelta dei fornitori e degli appaltatori;
- f) gestione delle emergenze;
- g) procedure per affrontare le difformità rispetto agli obiettivi fissati ed alle regole del sistema di controllo.

Sistema di monitoraggio della sicurezza: la gestione della salute e sicurezza sul lavoro dovrebbe prevedere una fase di verifica del mantenimento delle misure di prevenzione e protezione dei rischi adottate e valutate idonee ed efficaci. Le misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione realizzate dall'azienda dovrebbero essere sottoposte a monitoraggio pianificato.

L'impostazione di un piano di monitoraggio si dovrebbe sviluppare attraverso:

- a) programmazione temporale delle verifiche (frequenza);
- b) attribuzione di compiti e di responsabilità esecutive;
- c) descrizione delle metodologie da seguire;
- d) modalità di segnalazione delle eventuali situazioni difformi.

Dovrebbe, quindi, essere previsto un monitoraggio sistematico le cui modalità e responsabilità dovrebbero essere stabilite contestualmente alla definizione delle modalità e responsabilità della gestione operativa.

Questo **monitoraggio di 1° livello** è svolto generalmente dalle risorse interne della struttura, sia in autocontrollo da parte dell'operatore, sia da parte del preposto/dirigente ma può comportare, per aspetti specialistici (ad esempio, per verifiche strumentali), il ricorso ad altre risorse interne o esterne all'azienda. È bene, altresì, che la verifica delle misure di natura organizzativa e procedurale relative alla salute e sicurezza venga realizzata dai soggetti già definiti in sede di attribuzione delle responsabilità (in genere si tratta di dirigenti e preposti). Tra questi particolare importanza riveste il Servizio di Prevenzione e Protezione che è chiamato ad elaborare, per quanto di competenza, i sistemi di controllo delle misure adottate.

È altresì necessario che l'azienda conduca una periodica attività di **monitoraggio di 2° livello** sulla funzionalità del sistema preventivo adottato. Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire l'adozione delle decisioni strategiche ed essere condotto da personale competente che assicuri l'obiettività e l'imparzialità, nonché l'indipendenza dal settore di lavoro sottoposto a verifica ispettiva.

Secondo le Linee Guida di Confindustria, le componenti sopra descritte devono integrarsi organicamente in un'architettura del sistema che rispetti una serie di principi di controllo, fra cui:

- ogni operazione, transazione, azione deve essere verificabile, documentata, coerente e congrua: per ogni operazione vi deve essere un adeguato supporto documentale su cui si possa procedere in ogni momento all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa;
- nessuno può gestire in autonomia un intero processo: il sistema deve garantire l'applicazione del principio di separazione di funzioni, per cui l'autorizzazione all'effettuazione di un'operazione, deve essere sotto la responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione;
- documentazione dei controlli: il sistema di controllo deve documentare (eventualmente attraverso la redazione di verbali) l'effettuazione dei controlli, anche di supervisione.

È opportuno evidenziare che la mancata conformità a punti specifici delle Linee Guida di Confindustria non inficia di per sé la validità del Modello. Il singolo Modello, infatti, dovendo essere redatto con riguardo alla realtà concreta della società cui si riferisce, ben può discostarsi in taluni specifici punti dalle Linee Guida (che, per loro natura, hanno carattere generale), quando ciò sia dovuto alla necessità di garantire maggiormente le esigenze tutelate dal Decreto.

In base a tale osservazione, devono essere valutate anche le osservazioni esemplificative contenute nell'appendice delle Linee Guida (c.d. *case study*), nonché la sintetica elencazione degli strumenti di controllo ivi prevista.

C) Sistemi di controllo preventivo nei reati ambientali

Fermo restando quanto già precisato in relazione alle fattispecie di reato doloso, in questo ambito, le componenti più rilevanti del sistema di controllo sono:

- il Codice Etico (o di comportamento) con riferimento ai reati considerati;
- una struttura organizzativa con compiti e responsabilità in materia ambientale definiti formalmente in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda, a partire dal rappresentante legale fino al singolo lavoratore. Particolare attenzione va riservata alle figure specifiche operanti in tale ambito.

Tale impostazione comporta in sostanza che:

- a) nella definizione dei compiti organizzativi e operativi della direzione aziendale, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori siano esplicitati anche quelli relativi alle attività ambientali di rispettiva competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse attività;
 - b) siano in particolare documentati i compiti del RSGA (Responsabile del sistema di gestione ambientale);
- informazione, formazione ed addestramento: lo svolgimento di compiti che possono influenzare i profili richiede una adeguata competenza, da verificare ed alimentare attraverso la somministrazione di formazione e addestramento finalizzati ad assicurare che tutto il personale, ad ogni livello, sia consapevole della importanza della conformità delle proprie azioni rispetto al modello organizzativo e delle possibili conseguenze dovute a comportamenti che si discostino dalle regole dettate dal modello. In concreto, tutti i soggetti coinvolti devono ricevere una formazione sufficiente ed adeguata con particolare riferimento al proprio posto di lavoro ed alle proprie mansioni. Questa deve avvenire in occasione dell'assunzione, del trasferimento o cambiamento di mansioni o dell'introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi. L'azienda deve organizzare la formazione e l'addestramento secondo i fabbisogni rilevati periodicamente e deve darne atto mediante documenti (da conservare) attraverso i quali sia possibile evincere il contenuto dei corsi, l'obbligatorietà della partecipazione agli stessi ed i controlli di frequenza;
- comunicazione e coinvolgimento: la circolazione delle informazioni all'interno dell'azienda assume un valore rilevante per favorire il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati e consentire consapevolezza ed impegno adeguati a tutti i livelli. Il coinvolgimento dovrebbe essere realizzato attraverso:
- a) la consultazione preventiva in merito alla individuazione e valutazione dei rischi ed alla definizione delle misure preventive;
 - b) riunioni periodiche che tengano conto almeno delle richieste fissate dalla legislazione vigente utilizzando anche le riunioni previste per la gestione aziendale;
- gestione operativa: il sistema di controllo, relativamente ai rischi per l'ambiente dovrebbe integrarsi ed essere congruente con la gestione complessiva dei processi aziendali.

In questo senso, particolare attenzione dovrebbe essere posta riguardo a:

- a) assunzione e qualificazione del personale;
- b) organizzazione del lavoro e delle postazioni di lavoro;
- c) acquisizione di beni e servizi impiegati dall'azienda e comunicazione delle opportune informazioni a fornitori ed appaltatori;
- d) manutenzione normale e straordinaria;
- e) qualificazione e scelta dei fornitori e degli appaltatori;
- f) procedure per affrontare le difformità rispetto agli obiettivi fissati ed alle regole del sistema di controllo.

- sistema di monitoraggio dei profili ambientali: la gestione della tutela dell'ambiente dovrebbe prevedere una fase di verifica del mantenimento delle misure di prevenzione e protezione dei rischi adottate e valutate idonee ed efficaci. Le misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione realizzate dall'azienda dovrebbero essere sottoposte a monitoraggio pianificato.

L'impostazione di un piano di monitoraggio si dovrebbe sviluppare attraverso:

- a) programmazione temporale delle verifiche (frequenza);
- b) attribuzione di compiti e di responsabilità esecutive;
- c) descrizione delle metodologie da seguire;
- d) modalità di segnalazione delle eventuali situazioni difformi.

Dovrebbe, quindi, essere previsto un monitoraggio sistematico le cui modalità e responsabilità dovrebbero essere stabilite contestualmente alla definizione delle modalità e responsabilità della gestione operativa.

Questo **monitoraggio di 1° livello** è svolto generalmente dalle risorse interne della struttura, sia in autocontrollo da parte dell'operatore, sia da parte del preposto/dirigente ma può comportare, per aspetti specialistici (ad esempio, per verifiche strumentali), il ricorso ad altre risorse interne o esterne all'azienda. È bene, altresì, che la verifica delle misure di natura organizzativa e procedurale relative alla tutela dell'ambiente venga realizzata dai soggetti già definiti in sede di attribuzione delle responsabilità.

È altresì necessario che l'azienda conduca una periodica attività di **monitoraggio di 2° livello** sulla funzionalità del sistema preventivo adottato. Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire l'adozione delle decisioni strategiche ed essere condotto da personale competente che assicuri l'obiettività e l'imparzialità, nonché l'indipendenza dal settore di lavoro sottoposto a verifica ispettiva.

Le componenti sopra descritte devono integrarsi organicamente in un'architettura del sistema che rispetti una serie di principi di controllo, fra cui:

- ogni operazione, transazione, azione deve essere verificabile, documentata, coerente e congrua: per ogni operazione vi deve essere un adeguato supporto documentale su cui si possa procedere in ogni momento all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa;
- nessuno può gestire in autonomia un intero processo: il sistema deve garantire l'applicazione del principio di separazione di funzioni, per cui l'autorizzazione all'effettuazione di un'operazione, deve essere sotto la responsabilità di persona diversa da chi contabilizza, esegue operativamente o controlla l'operazione;
- documentazione dei controlli: il sistema di controllo deve documentare (eventualmente attraverso la redazione di verbali) l'effettuazione dei controlli, anche di supervisione.

6.2. Articolazione e regole per l'approvazione del modello e suoi aggiornamenti

Ai fini della predisposizione del Modello si è dunque proceduto, in coerenza metodologica con quanto proposto dalle Linee Guida di Confindustria:

- ad identificare le attività cosiddette *sensibili*, attraverso il preventivo esame della documentazione aziendale (statuto, regolamenti, organigrammi, procure, mansionari, disposizioni e comunicazioni organizzative) ed una serie di colloqui con i soggetti preposti ai vari settori dell'operatività aziendale (ovvero con i responsabili delle diverse funzioni). L'analisi è stata preordinata all'identificazione e alla valutazione del concreto svolgimento di attività nelle quali potessero configurarsi condotte illecite a rischio di commissione dei reati presupposti. Allo stesso tempo si è proceduto a valutare i presidi di controllo, anche preventivo, in essere e le eventuali criticità da sottoporre a successivo miglioramento;
- a disegnare e implementare le azioni necessarie ai fini del miglioramento del sistema di controllo e all'adeguamento dello stesso agli scopi perseguiti dal Decreto, alla luce e in considerazione delle Linee Guida di Confindustria, nonché dei fondamentali principi della separazione dei compiti e della definizione dei poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate. In tale fase, particolare attenzione è stata dedicata ad individuare e regolare i processi di gestione e controllo finanziario nelle attività a rischio;
- a definire i protocolli di controllo nei casi in cui un'ipotesi di rischio sia stata ravvisata come sussistente. In tal senso si sono dunque definiti protocolli di decisione e di attuazione delle decisioni che esprimono l'insieme di regole e la disciplina che i soggetti preposti alla responsabilità operativa di tali attività hanno concorso ad illustrare come le più idonee a governare il profilo di rischio individuato. Il principio adottato nella costruzione del sistema di controllo è quello per il quale la soglia concettuale di accettabilità è rappresentata da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente, come già indicato nelle Linee Guida proposte da Confindustria. I protocolli sono ispirati alla regola di rendere documentate e verificabili le varie fasi del processo decisionale, affinché sia possibile risalire alla motivazione che ha guidato alla decisione.

I momenti fondamentali del Modello sono pertanto:

- la mappatura delle attività a rischio della società, ossia quelle attività nel cui ambito è possibile la commissione dei reati previsti dal Decreto;
- la predisposizione di adeguati momenti di controllo a prevenzione della commissione dei reati previsti dal Decreto;
- la verifica *ex post* dei comportamenti aziendali, nonché del funzionamento del Modello con conseguente aggiornamento periodico;
- la diffusione ed il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali nell'attuazione delle regole comportamentali e delle procedure istituite;
- l'attribuzione all'OdV di specifici compiti di vigilanza sull'efficace e corretto funzionamento del Modello;
- la realizzazione di un Codice Etico.

Il Modello, fermo restando le finalità peculiari descritte precedentemente e relative alla valenza esimente prevista dal Decreto, si inserisce nel più ampio sistema di controllo già in essere ed adottato al fine di fornire la ragionevole garanzia circa il raggiungimento degli obiettivi aziendali nel rispetto delle leggi e dei regolamenti, dell'affidabilità delle informazioni finanziarie e della salvaguardia del patrimonio, anche contro possibili frodi.

In particolare, con riferimento alle aree di attività cosiddette *sensibili*, la Società ha individuato i seguenti principi cardine del proprio Modello, che regolando tali attività rappresentano gli strumenti diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni della Società e a garantire un idoneo controllo sulle stesse, anche in relazione ai reati da prevenire:

- separazione dei compiti attraverso una corretta distribuzione delle responsabilità e la previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- chiara e formalizzata assegnazione di poteri e responsabilità, con espressa indicazione dei limiti di esercizio e in coerenza con le mansioni attribuite e le posizioni ricoperte nell'ambito della struttura organizzativa;
- nessuna operazione significativa può essere intrapresa senza autorizzazione;
- esistenza di regole comportamentali idonee a garantire l'esercizio delle attività aziendali nel rispetto delle leggi e dei regolamenti e dell'integrità del patrimonio aziendale;
- adeguata regolamentazione procedurale delle attività aziendali cosiddette *sensibili*, cosicché: o i processi operativi siano definiti prevedendo un adeguato supporto documentale per consentire che essi siano sempre verificabili in termini di congruità, coerenza e responsabilità; o le decisioni e le scelte operative siano sempre tracciabili in termini di caratteristiche e motivazioni e siano sempre individuabili coloro che hanno autorizzato, effettuato e verificato le singole attività; o siano garantite modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati; o siano svolte e documentate le attività di controllo e supervisione, compiute sulle transazioni aziendali; o esistano meccanismi di sicurezza che garantiscano un'adeguata protezione all'accesso fisico-logico ai dati e ai beni aziendali; o lo scambio delle informazioni fra fasi o processi contigui avvenga in modo da garantire l'integrità e la completezza dei dati gestiti.

I principi sopra descritti appaiono coerenti con le indicazioni fornite dalle Linee Guida emanate da Confindustria, e sono ritenuti dalla società ragionevolmente idonei anche a prevenire i reati richiamati dal Decreto.

Per tale motivo, la Società reputa fondamentale garantire la corretta e concreta applicazione dei sopra citati principi di controllo in tutte le aree di attività aziendali cosiddette *sensibili* individuate e descritte nelle Parti Speciali del presente Modello.

6.3. Fondamenta e contenuti del modello

Il Modello predisposto dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. si fonda su:

- il Codice Etico, destinato a fissare le linee di comportamento generali;
- la struttura organizzativa che definisce l'attribuzione dei compiti – prevedendo, per quanto possibile, la separazione delle funzioni o in alternativa dei controlli compensativi – e i soggetti chiamati a controllare la correttezza dei comportamenti;
- la mappatura delle aree aziendali sensibili, vale a dire la descrizione di quei processi nel cui ambito risulta più agevole che possano essere commessi reati;
- i processi strumentali alle aree aziendali sensibili, ovvero quei processi attraverso i quali vengono gestiti strumenti di tipo finanziario e/o mezzi sostitutivi in grado di supportare la commissione dei reati nelle aree a rischio reato;
- l'utilizzo di procedure aziendali formalizzate, tese a disciplinare le modalità operative corrette per assumere ed attuare decisioni nelle diverse aree aziendali sensibili;
- l'indicazione dei soggetti che intervengono a presidio di tali attività, nei ruoli auspicabilmente distinti sia di esecutori sia di controllori, ai fini di una segregazione dei compiti di gestione e di controllo;
- la adozione di un sistema di deleghe e di poteri aziendali, coerente con le responsabilità assegnate e che assicuri una chiara e trasparente rappresentazione del processo aziendale di formazione e di attuazione delle decisioni, secondo il requisito della unicità del preposto alla funzione;
- l'individuazione di metodologie e di strumenti che assicurino un adeguato livello di monitoraggio e di controllo, sia diretto sia indiretto, essendo il primo tipo di controllo affidato agli operatori specifici di una data attività e al preposto, nonché il secondo controllo al management e all'Organismo di Vigilanza;
- la precisazione dei supporti informativi per la tracciabilità delle attività di monitoraggio e di controllo (es. schede, tabulati, rapporti ecc.);
- la definizione di un sistema sanzionatorio per coloro che violino le regole di condotta stabilite dalla Società;
- l'attuazione di un piano: 1) di formazione del personale dirigente e dei quadri che operano in aree sensibili, degli amministratori e dell'Organismo di Vigilanza; 2) di informazione di tutti gli altri soggetti interessati;
- la costituzione di un Organismo di Vigilanza cui viene assegnato il compito di vigilare sull'efficacia ed il corretto funzionamento del modello, sulla coerenza dello stesso con gli obiettivi e sul suo aggiornamento periodico.

La documentazione relativa al modello si compone delle seguenti parti:

Parte generale: descrizione del Modello e della Società

Parte speciale A – Codice Etico

Parte speciale B – Struttura Organizzativa

Parte speciale C – Struttura, composizione, regolamento e funzionamento dell'Organismo di Vigilanza

Parte speciale D – Sistema sanzionatorio

Parte speciale E – Reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato

Parte speciale F – Reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita

Parte speciale G – Reati societari

Parte speciale H – Reati in materia di criminalità organizzata

Parte speciale I – Reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

Parte speciale J – Reati contro la personalità individuale

Parte speciale K – Reati in tema di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati

Parte speciale L – Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento

Parte speciale M – Reati contro l'industria e il commercio

Parte speciale N – Reati in materia di violazione del diritto d'autore

Parte speciale O – Reati ambientali

Parte speciale P – Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro

Parte speciale Q – Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, ex art. 377 *bis* c.p.

Parte speciale R – Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare

6.4. Codice Etico

Il Codice Etico è il documento elaborato ed adottato in via autonoma dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. per comunicare a tutti i soggetti cointeressati i principi di deontologia aziendale, gli impegni e le responsabilità etiche nella conduzione degli affari e delle attività aziendali cui la Società intende uniformarsi. Se ne pretende il rispetto da parte di tutti coloro che operano all'interno dell'Ospedale di Sassuolo e che con essa intrattengono relazioni contrattuali.

I principi e le regole di comportamento contenute nel presente Modello si integrano con quanto espresso nel Codice Etico adottato dalla Società, pur presentando il Modello, per le finalità che esso intende perseguire in attuazione delle disposizioni del Decreto, una portata diversa rispetto al Codice stesso.

Si rende opportuno precisare che il Codice Etico rappresenta uno strumento adottato in via autonoma e suscettibile di applicazione sul piano generale da parte della Società allo scopo di esprimere una serie di principi di deontologia aziendale che la Società stessa riconosce come propri e sui quali intende richiamare l'osservanza di tutti i suoi dipendenti e di tutti coloro che cooperano al perseguimento dei fini aziendali, compresi fornitori e clienti; il Modello risponde, invece, a specifiche prescrizioni contenute nel Decreto, finalizzate a prevenire la commissione di particolari tipologie di reati per fatti che, commessi apparentemente nell'interesse o a vantaggio dell'azienda, possono comportare

una responsabilità amministrativa in base alle disposizioni del Decreto medesimo. Tuttavia, in considerazione del fatto che il Codice Etico richiama principi di comportamento idonei anche a prevenire i comportamenti illeciti di cui al Decreto, esso acquisisce rilevanza ai fini del Modello e costituisce, pertanto, formalmente una componente integrante del Modello medesimo.

Il Codice Etico della Società è riportato nella “Parte speciale A: Codice Etico”.

6.5. Struttura organizzativa

La struttura organizzativa della Società viene definita attraverso l’emanazione di deleghe di funzioni e disposizioni organizzative (ordini di servizio, job description, direttive organizzative interne) da parte del Presidente.

La formalizzazione della struttura organizzativa adottata viene assicurata dal Responsabile Servizio Risorse Umane, che provvede periodicamente ad aggiornare l’organigramma della Società e alla sua diffusione.

La struttura organizzativa dell’Ospedale di Sassuolo S.p.A., che costituisce parte integrante e sostanziale del Modello, è riportata nella “Parte speciale C – Struttura organizzativa” e rappresenta la mappa delle aree della Società e delle relative funzioni che sono attribuite ad ogni area.

6.6. Aree di attività sensibili, processi strumentali e processo decisionale

Il processo decisionale afferente le aree di attività sensibili deve uniformarsi ai seguenti criteri:

- ogni decisione riguardante le operazioni nell’ambito delle aree di attività sensibili, come di seguito individuate, deve risultare da un documento scritto;
- non potrà comunque mai esservi identità soggettiva tra colui che decide in merito allo svolgimento di un processo all’interno di un’area di attività sensibile e colui che effettivamente lo pone in essere portandola a compimento;
- non potrà mai esservi identità soggettiva tra coloro che decidono e pongono in essere un processo all’interno di un’area sensibile e coloro che risultano investiti del potere di destinarvi le necessarie risorse economiche e finanziarie.

Di seguito si riportano le principali attività sensibili e i principali processi strumentali, oggetto di dettagliata analisi nelle relative parti speciali.

Per i reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato (Parte speciale E):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (Parte speciale F):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati societari (Parte speciale G):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati in materia di criminalità organizzata (Parte speciale H):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per il reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (Parte speciale I):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati contro la personalità individuale (Parte speciale J):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati in tema di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati (Parte speciale K):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali

omissis

Per i reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (Parte speciale L):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati contro l'industria e il commercio (Parte speciale M):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati in materia di violazione del diritto d'autore (Parte speciale N):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per i reati ambientali (Parte speciale O):

macro attività sensibili:

omissis

Per i reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro (Parte speciale P):

macro attività sensibili:

omissis

Per il reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, ex art. 377 bis c.p. (Parte speciale Q):

macro attività sensibili:

omissis

processi strumentali:

omissis

Per il reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (parte speciale R):

macro attività sensibili e processi strumentali:

omissis

Per quanto concerne:

- i reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (art. 25 *quater*), poiché assenti aree di rischio ad essi relative;
- gli abusi di mercato (art. 25 *sexies*),

si è ritenuto che la specifica attività svolta dalla società non presenti profili di rischio tali da rendere ragionevolmente fondata la possibilità della loro commissione nell'interesse o a vantaggio della stessa.

Al riguardo, si ritiene pertanto esaustivo il richiamo ai principi contenuti nella presente Parte Generale del Modello e nel Codice Etico, che vincolano i Destinatari del Modello stesso al rispetto dei valori di solidarietà, moralità, rispetto delle leggi e correttezza.

6.6.1. Archiviazione della documentazione relativa alle attività sensibili e ai processi strumentali

Le attività condotte nell'ambito delle attività sensibili e dei processi strumentali trovano adeguata formalizzazione con particolare riferimento alla documentazione predisposta all'interno della realizzazione delle stesse.

La documentazione sopra delineata, prodotta e/o disponibile su supporto cartaceo o elettronico, è archiviata in maniera ordinata e sistematica a cura delle funzioni coinvolte nelle stesse, o specificamente individuate in procedure o istruzioni di lavoro di dettaglio.

Per la salvaguardia del patrimonio documentale e informativo aziendale sono previste adeguate misure di sicurezza a presidio del rischio di perdita e/o alterazione della documentazione riferita alle attività sensibili e ai processi strumentali o di accessi indesiderati ai dati/documenti.

6.6.2. Sistemi informativi e applicativi informatici

Al fine di presidiare l'integrità dei dati e l'efficacia dei sistemi informativi e/o gli applicativi informatici utilizzati per lo svolgimento di attività operative o di controllo nell'ambito di attività sensibili o processi strumentali, o a supporto delle stesse, è garantita la presenza e l'operatività di:

- sistemi di profilazione delle utenze in relazione all'accesso a moduli o ambienti;
- regole per il corretto utilizzo dei sistemi ed ausili informativi aziendali (supporti hardware e software);
- meccanismi automatizzati di controllo degli accessi ai sistemi;
- meccanismi automatizzati di blocco o inibizione all'accesso.

In particolare, la Direzione Aziendale dell'Ospedale di Sassuolo ha definito, con l'ausilio tecnico del Servizio Informativo Aziendale, una serie di linee di indirizzo in tema di prevenzione e repressione del crimine informatico, in tema di buon uso delle attrezzature informatiche e in tema di gestione sicura degli interventi di manutenzione.

I Responsabili delle macro articolazioni aziendali, ovverosia i Dirigenti a cui è demandata la direzione delle principali articolazioni organizzative aziendali, informano gli utilizzatori sulla normativa vigente e sulle linee guida aziendali in materia di buon uso delle attrezzature informatiche, vigilano sul buon uso delle stesse, censurano e sanzionano i comportamenti non corretti o segnalano eventuali comportamenti criminali.

I Servizi tecnici (SIA) a cui è demandata la gestione tecnica della infrastruttura informatica sovrintendono alla gestione tecnica dei programmi per il controllo delle intrusioni ai sensi dell'articolo 615 *quinquies* c.p.; individuano le misure di natura tecnica in grado di minimizzare l'onere di gestione degli apparati informatici; definiscono una serie di misure tecniche e di modalità organizzative volte alla ottimizzazione dell'uso dei sistemi di elaborazione, individuano misure tecniche che minimizzino il cattivo uso – o facilitino il controllo da parte delle strutture preposte – dei sistemi di elaborazione; presidiano gli interventi di manutenzione sui sistemi di elaborazione e sugli apparati di rete in maniera tale da prevenire diffusione di informazioni e azioni che diminuiscano il livello di sicurezza del sistema, nella sua globalità; si occupano della definizione dei requisiti minimi di sicurezza delle stazioni di lavoro destinate ad ospitare una determinata funzionalità e della infrastruttura complessiva a supporto di una determinata funzionalità connessa alla gestione dei documenti informatici; infine sono responsabili della definizione delle procedure organizzative per la conversione in digitale di documenti presenti in originale in forma cartacea.

L'Ospedale di Sassuolo si è dotato di un proprio DPS – redatto dal Sistema Informativo Aziendale, coadiuvato dall'Ufficio Privacy, ed aggiornato annualmente – e si impegna ad adottare le misure di competenza contenute nel DPS dell'Azienda USL di Modena; l'Ospedale di Sassuolo utilizza, anche per la gestione delle prestazioni sanitarie non commissionate/acquistate dall'Azienda Usl di Modena, il Sistema Informativo Ospedaliero dell'Azienda USL di Modena,

mentre l'applicativo amministrativo MDN (*Microsoft Dynamics Nav*) è autonomo; il sistema informatico dell'Ospedale si interfaccia con altri sistemi di AUSL e di AVEN (Area Vasta Emilia Nord).

6.7. Procedure aziendali

La Società si è dotata di una struttura di procedure formalizzate a disciplina delle principali attività, a disposizione di tutti i dipendenti sulla rete intranet aziendale.

Di seguito, a titolo puramente esemplificativo, si elencano le principali procedure:

- Procedura aziendale antiriciclaggio
- Gestione dei flussi finanziari
- Gestione delle risorse finanziarie
- Procedura per la formazione del budget e per il controllo di gestione (Budget e Controllo di Gestione)
- Registrazione e *iter* di autorizzazione delle fatture passive
- Registrazione e *iter* di autorizzazione delle fatture attive
- Conduzione e monitoraggio dei rapporti con la P.A.
- Procedure di gestione e controllo in tema di sicurezza e salute sul luogo di lavoro
- Procedure di gestione e controllo in tema di tutela dell'ambiente e dell'ecologia
- Gestione Rifiuti
- Gestione dei sistemi informativi aziendali
- DPS (documento programmatico della sicurezza) del Ospedale di Sassuolo SpA
- DPS dell'AUSL di Modena
- Regolamentazione della gestione dei calendari di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Sistema informativo – Modello Gestionale
- Regolamento aziendale per l'applicazione della normativa di cui al D.Lgs. 196/03
- Procedura operativa per assistenza a IVG medica
- Procedura Gestione Cassa Ospedale
- Procedura di Gestione delle attività di selezione del personale
- Procedura di Gestione delle attività di inserimento del personale
- Piano Formazione Aziendale
- Procedura di Gestione Formazione del Personale
- Procedura di gestione delle presenze/assenze
- Procedura di gestione delle paghe

- Disciplinare sull'utilizzo degli strumenti informatici e di comunicazione aziendali (Allegato DPS)
- Gestione flussi informativi
- Procedura per l'assegnazione di incarichi professionali
- Procedura per la richiesta e la gestione di contributi, sovvenzioni e finanziamenti pubblici da parte della P.A. italiana o comunitaria
- Gestione Impianti e Strutture
- Gestione controllata attrezzature
- Procedura di Gestione e Controllo Fornitori
- Procedura per la richiesta di farmaci e dispositivi medici da parte delle U.O./Servizi al Servizio di Farmacia Interna
- Procedura per la richiesta e gestione dei farmaci stupefacenti
- Procedura per la conservazione e registrazione dei farmaci non stupefacenti, dispositivi medico chirurgici e prodotti sanitari
- Regolamento di acquisizione di beni e servizi
- Regolamento Libera Professione
- Regolamento distacco di personale interno
- Modello organizzativo e definizione delle responsabilità
- Gestione delle segnalazioni del cittadino
- Procedura per la gestione dei contratti
- Regolamento aziendale per trasferte, rimborsi spese, utilizzo *benefit*, mezzi in dotazione
- Regolamento Sperimentazioni scientifiche e relativi allegati
- Manuale Qualità
- Codice Etico per i Codificatori della SDO
- Manuale Accredimento
- Procedura per l'accreditamento
- Procedura per la gestione della documentazione sanitaria e per la consegna agli utenti
- Procedura per la corretta tenuta della cartella clinica
- Procedura di Gestione Decessi
- Regolamento Servizio Camere Ardeni
- Gestione Consenso Informato

Per ogni procedura è stata chiaramente identificata la funzione responsabile della sua redazione, verifica e approvazione.

È stato inoltre disciplinato l'iter autorizzativo cui le stesse procedure devono essere sottoposte prima di poter essere ufficialmente rilasciate.

6.7.1. Richiesta di creazione di una procedura

Le procedure sono state redatte, approvate ed emesse dalla Direzione Aziendale dell'Ospedale, con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento.

6.7.2. Modifiche e revisioni delle procedure

Le modifiche e le revisioni delle procedure vengono apportate dal Servizio Qualità e Accreditamento dell'Ospedale, che ne garantisce l'aggiornamento ogniqualvolta si verificano modifiche organizzative o strutturali che lo rendano necessario e comunque con una periodicità non superiore ai tre anni e, se necessario, prima di ogni visita di verifica. La diffusione della nuova edizione emessa a seguito delle modifiche apportate è a cura del Servizio Qualità e Accreditamento dell'Ospedale.

6.8. Sistema delle deleghe e dei poteri

Il sistema autorizzativo che si traduce in un sistema articolato e coerente di deleghe di funzioni e procure della Società deve uniformarsi alle seguenti prescrizioni:

- le deleghe devono coniugare ciascun potere di gestione alla relativa responsabilità e ad una posizione adeguata nell'organigramma e essere aggiornate in conseguenza dei mutamenti organizzativi;
- ciascuna delega deve definire e descrivere in modo specifico e non equivoco i poteri gestionale del delegato e il soggetto cui il delegato riporta gerarchicamente;
- i poteri gestionali assegnati con le deleghe e la loro attuazione devono essere coerenti con gli obiettivi aziendali;
- il delegato deve disporre di poteri di spesa adeguati alle funzioni conferitegli;
- le procure possono essere conferite esclusivamente a soggetti dotati di delega funzionale interna o di specifico incarico e devono prevedere l'estensione dei poteri di rappresentanza e, eventualmente, i limiti di spesa numerici;
- solo i soggetti muniti di specifici e formali poteri possono assumere, in suo nome e per suo conto, obbligazioni verso terzi;
- tutti coloro che intrattengono rapporti con la P.A. devono essere dotati di delega o procura in tal senso;
- lo Statuto definisce i requisiti e le modalità di nomina del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili e societari.

6.9. Informativa e formazione

6.9.1. Informativa

Per garantire l'efficacia del Modello, l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. si pone l'obiettivo di assicurarne la corretta conoscenza, da parte di tutti i Destinatari, anche in funzione del loro diverso livello di coinvolgimento nei processi sensibili.

A tal fine, l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. provvederà alla diffusione del Modello mediante le seguenti modalità di carattere generale:

- la creazione sul sito intranet aziendale di specifiche pagine web, costantemente aggiornate, i cui contenuti riguardino essenzialmente:
 - 1) un'informativa di carattere generale relativa al Decreto e alle linee guida adottate per la redazione del Modello;
 - 2) la struttura e le principali disposizioni operative del Modello adottato dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A.;
 - 3) la procedura di segnalazione all'OdV e la scheda standard per la comunicazione – da parte dei soggetti in posizione apicale e dei dipendenti – di eventuali comportamenti, di altri dipendenti o di terzi, ritenuti potenzialmente in contrasto con i contenuti del Modello;
- la creazione di un *link* sul sito aziendale che contenga il Codice Etico e la parte generale del Modello adottati dalla Società.

Al momento dell'adozione del Modello, verrà inviato a tutti i dipendenti in organico una comunicazione – da parte degli organi individuati (es. Presidenza, Direzione Aziendale, etc.) – per avvertire che l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. si è dotato di un Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto, rimandando al sito intranet aziendale per maggiori dettagli e approfondimenti.

Ai nuovi dipendenti verrà consegnata un'apposita informativa sul Modello adottato contenente una nota informativa, nel corpo della lettera di assunzione, dedicata al Decreto ed alle caratteristiche del Modello adottato.

L'informativa rivolta ai cittadini di lingua diversa rispetto alla lingua italiana dovrà avvenire mediante lingua e/o metodo idoneo alla comprensione dell'argomento trattato.

6.9.2. Informativa a collaboratori esterni e partner

Tutti i soggetti esterni alla Società (consulenti, partner, fornitori, etc.) saranno opportunamente informati in merito all'adozione, da parte dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A., di un Modello includente un Codice Etico. A tal fine l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. comunicherà a tutti i suddetti soggetti l'esistenza dell'indirizzo internet nel quale è possibile visionare il Modello e il Codice etico.

Verrà inoltre richiesto loro il formale impegno al rispetto delle disposizioni contenute nei suddetti documenti.

Per quanto riguarda i consulenti esterni che stabilmente collaborano con l'Ospedale di Sassuolo S.p.A., sarà cura dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. stesso prendere contatti con questi e accertarsi, tramite verifiche particolareggiate, che detti consulenti conoscano il Modello della società e siano disposti a rispettarlo.

6.9.3. Formazione

I contenuti dei programmi di formazione devono essere vagliati e avallati da un consulente esterno alla Società, esperto o in materia di responsabilità amministrativa delle società (d.lgs. n. 231/2001) o, più in generale, in materie penalistiche, che opererà anche di concerto con l'OdV.

Della formazione occorre tenere traccia formale.

6.9.4. Formazione del personale in posizione c.d. “apicale”

La formazione del personale c.d. “apicale”, compresi i componenti dell'OdV, avviene sulla base di corsi di formazione e aggiornamento, con obbligo di partecipazione e di frequenza nonché con un test valutativo finale – che può essere tenuto anche oralmente – in grado di attestare la qualità dell'attività formativa ricevuta.

La formazione e l'aggiornamento devono essere calendarizzati all'inizio dell'anno e, per i neo cooptati nel C.d.A. ovvero per eventuali neoassunti in posizione c.d. “apicale”, avviene altresì sulla base di un'informativa contenuta nella lettera di assunzione.

La formazione dei soggetti in posizione c.d. “apicale” deve essere suddivisa in due parti: una parte “generalista” e una parte “specificata”.

La parte “generalista” deve contenere:

- riferimenti normativi, giurisprudenziali e di *best practice*;
- responsabilità amministrativa dell'ente: scopo, *ratio* del Decreto, natura della responsabilità, novità in ambito normativo;
- destinatari del decreto;
- presupposti di imputazione della responsabilità;
- descrizione dei reati presupposto;
- tipologie di sanzioni applicabili all'ente;
- condizioni per l'esclusione della responsabilità o limitazione della stessa.

Nel corso della formazione si procederà inoltre all'espletamento delle seguenti attività:

- sensibilizzazione dei presenti sull'importanza attribuita dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. all'adozione di un sistema di governo e di controllo dei rischi;
- descrizione della struttura e dei contenuti del Modello adottato, nonché dell'approccio metodologico seguito per la sua realizzazione e il suo aggiornamento.

Nell'ambito della formazione riguardante la parte "specificata", ci si sofferma:

- sulla puntuale descrizione delle singole fattispecie di reato;
- sull'individuazione degli autori dei reati;
- sull'esemplificazione delle modalità attraverso le quali i reati vengono posti in essere;
- sull'analisi delle sanzioni applicabili;
- sull'abbinamento delle singole fattispecie di reato con le specifiche aree di rischio evidenziate;
- sui protocolli di prevenzione specifici individuati dalla Società per evitare di incorrere nelle aree di rischio identificate;
- si descrivono i comportamenti da tenere in materia di comunicazione e formazione dei propri dipendenti gerarchici, in particolare del personale operante nelle aree aziendali ritenute sensibili;
- si illustrano i comportamenti da tenere nei confronti dell'OdV, in materia di comunicazioni, segnalazioni e collaborazione alle attività di vigilanza e aggiornamento del Modello;
- si procede a sensibilizzare i responsabili delle funzioni aziendali potenzialmente a rischio di reato e dei propri dipendenti gerarchici, in relazione al comportamento da osservare, alle conseguenze derivanti da un mancato rispetto delle stesse e, in generale, del Modello adottato dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

La formazione dei cittadini di lingua diversa rispetto alla lingua italiana dovrà avvenire mediante lingua e/o metodo idoneo alla comprensione dell'argomento trattato.

6.9.5. Formazione di altro personale

La formazione della restante tipologia di personale inizia con una nota informativa interna che, per i neoassunti, sarà consegnata al momento dell'assunzione.

Anche la formazione del personale diverso da quello c.d. "apicale" avviene sulla base di corsi di formazione e aggiornamento, con obbligo di partecipazione e di frequenza nonché con un test valutativo finale – che può essere tenuto anche oralmente – in grado di attestare la qualità dell'attività formativa ricevuta.

La formazione e l'aggiornamento devono essere calendarizzati all'inizio dell'anno.

La formazione dei soggetti diversi da quelli in posizione c.d. "apicale" deve essere suddivisa in due parti: una parte "generalista" e una parte "specificata", di carattere eventuale e/o parziale.

La parte "generalista" deve contenere:

- riferimenti normativi, giurisprudenziali e di *best practice*;
- responsabilità amministrativa dell'ente: scopo, *ratio* del Decreto, natura della responsabilità, novità in ambito normativo;
- destinatari del decreto;

- presupposti di imputazione della responsabilità;
- descrizione dei reati presupposto;
- tipologie di sanzioni applicabili all'ente;
- condizioni per l'esclusione della responsabilità o limitazione della stessa.

Nel corso della formazione si procederà inoltre all'espletamento delle seguenti attività:

- sensibilizzazione dei presenti sull'importanza attribuita dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. all'adozione di un sistema di governo e di controllo dei rischi;
- descrizione della struttura e dei contenuti del Modello adottato, nonché dell'approccio metodologico seguito per la sua realizzazione e il suo aggiornamento.

Nell'ambito della formazione riguardante la parte "specificata", ci si sofferma:

- sulla puntuale descrizione delle singole fattispecie di reato;
- sull'individuazione degli autori dei reati;
- sull'esemplificazione delle modalità attraverso le quali i reati vengono posti in essere;
- sull'analisi delle sanzioni applicabili;
- sull'abbinamento delle singole fattispecie di reato con le specifiche aree di rischio evidenziate;
- sui protocolli di prevenzione specifici individuati dalla Società per evitare di incorrere nelle aree di rischio identificate;
- si descrivono i comportamenti da tenere in materia di comunicazione e formazione dei propri dipendenti gerarchici, in particolare del personale operante nelle aree aziendali ritenute sensibili;
- si illustrano i comportamenti da tenere nei confronti dell'OdV, in materia di comunicazioni, segnalazioni e collaborazione alle attività di vigilanza e aggiornamento del Modello;
- si procede a sensibilizzare i responsabili delle funzioni aziendali potenzialmente a rischio di reato e dei propri dipendenti gerarchici, in relazione al comportamento da osservare, alle conseguenze derivanti da un mancato rispetto delle stesse e, in generale, del Modello adottato dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A.

Con riferimento alla formazione riguardante la parte "specificata", occorre dire che essa sarà destinata unicamente a quei soggetti realmente a rischio di compimento di attività riconducibili al d.lgs. n. 231 del 2001 e limitatamente alle aree di rischio con le quali possono venire in contatto.

La formazione dei cittadini di lingua diversa rispetto alla lingua italiana dovrà avvenire mediante lingua e/o metodo idoneo alla comprensione dell'argomento trattato.

6.9.6. Formazione dell'Organismo di Vigilanza

La formazione dell'Organismo di Vigilanza viene concordata unitamente a un consulente esterno alla Società, esperto o in materia di responsabilità amministrativa delle società (d.lgs. n. 231/2001) o, più in generale, in materie penalistiche.

Questa formazione è volta a fornire all'Organismo di Vigilanza sia una comprensione elevata – da un punto di vista tecnico – del Modello organizzativo e dei protocolli di prevenzione specifici individuati dalla Società, sia gli strumenti utili per procedere in modo adeguato all'espletamento del proprio incarico di controllo.

Questa formazione – obbligatoria e controllata – può avvenire, in generale, mediante la partecipazione: 1) a convegni o seminari in materia di d.lgs. n. 231 del 2001; 2) a riunioni con esperti in materia di responsabilità amministrativa delle società (d.lgs. n. 231 del 2001) o in materie penalistiche; in particolare, con riferimento alla sola comprensione del Modello organizzativo e dei protocolli di prevenzione specifici individuati dalla Società, mediante la partecipazione ai corsi di formazione e aggiornamento organizzati per i soggetti in posizione c.d. "apicale".

La formazione dell'OdV, deve avere i contenuti della formazione "generalista" e "specificata" già descritta, nonché approfondimenti:

- in tema di indipendenza;
- in tema di autonomia;
- in tema di continuità d'azione;
- in tema di professionalità;
- in tema di rapporti con gli organi sociali;
- in tema di rapporti con gli altri organi preposti al controllo interno;
- in tema di rapporto tra l'implementazione del Modello e gli altri sistemi di controllo presenti in azienda;
- in tema di segnalazioni anonime all'OdV;
- in tema di rendicontazione dell'attività dell'OdV (verbali di ispezione, relazioni delle riunioni ecc.);
- in tema di esempi di check list per l'attività di ispezione;
- esempi di mappatura delle attività sensibili e dei processi strumentali

6.10. Sistema sanzionatorio

La predisposizione di un efficace sistema sanzionatorio per la violazione delle prescrizioni contenute nel Modello, è condizione essenziale per garantire l'effettività del modello stesso.

Al riguardo, infatti, l'articolo 6 comma 2 lettera e) e l'art. 7 comma 4 lett. b) del Decreto prevedono che il modello debba «introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello».

L'applicazione delle sanzioni disciplinari determinate ai sensi del Decreto prescinde dall'esito di eventuali procedimenti penali, in quanto le regole imposte dal Modello e dal Codice Etico sono assunte dall'Ospedale di Sassuolo in piena autonomia, indipendentemente dalla tipologia di illecito che le violazioni del Modello o del Codice stesso possano determinare.

In particolare, l'Ospedale di Sassuolo si avvale di un sistema sanzionatorio che:

- è diversamente strutturato a seconda dei soggetti destinatari: soggetti in posizione c.d. "apicale"; dipendenti; collaboratori esterni e partner, etc.
- individua esattamente le sanzioni disciplinari da adottarsi nei confronti di soggetti che pongano in essere violazioni, infrazioni, elusioni, imperfette o parziali applicazioni delle prescrizioni contenute nel modello, il tutto nel rispetto delle relative disposizioni dei CCNL e delle prescrizioni legislative applicabili;
- prevede una apposita procedura di irrogazione delle suddette sanzioni, individuando il soggetto preposto alla loro irrogazione e in generale a vigilare sulla osservanza, applicazione ed aggiornamento del sistema sanzionatorio;
- introduce idonee modalità di pubblicazione e diffusione.

L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha redatto ed applicato il sistema sanzionatorio conformemente ai principi di cui sopra, il quale forma parte integrante e sostanziale del modello come "Parte speciale D".

6.11. Reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dagli artt. 24 e 25 del Decreto è riportata nella "Parte Speciale E: Reati contro la Pubblica Amministrazione e ai danni dello Stato".

6.12. Reati in tema di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *octies* è riportata nella "Parte Speciale F: Reati in tema di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita".

6.13. Reati societari

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *ter* del Decreto è riportata nella "Parte Speciale G: Reati societari".

6.14. Reati in materia di criminalità organizzata

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 24 *ter* è riportata nella "Parte Speciale H: Reati in materia di criminalità organizzata".

6.15. Reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *quater.1* del Decreto è riportato nella "Parte Speciale I: Reato derivante da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili".

6.16. Reati contro la personalità individuale

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *quinquies* del Decreto è riportata nella "Parte Speciale J: Reati contro la personalità individuale".

6.17. Reati in materia di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 24 *bis* è riportata nella "Parte Speciale K: Reati in materia di criminalità informatica e di trattamento illecito di dati".

6.18. Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *bis* del Decreto è riportata nella "Parte Speciale L: Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento".

6.19. Reati contro l'industria e il commercio

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *bis.1* è riportata nella "Parte Speciale M: Reati contro l'industria e il commercio".

6.20. Reati in materia di violazione del diritto d'autore

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 24 *nonies* è riportata nella "Parte Speciale N: Reati in materia di violazione del diritto d'autore".

6.21. Reati ambientali

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *undecies* è riportata nella "Parte Speciale O: Reati ambientali".

6.22. Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *septies* è riportata nella "Parte Speciale P: Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro".

6.23. Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, ex art. 377 bis c.p.

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *decies* è riportata nella "Parte Speciale Q: Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria, ex art. 377 bis c.p."

6.24. Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare

Una descrizione particolareggiata delle attività di analisi svolte e dei protocolli adottati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in merito a quanto disciplinato dall'art. 25 *duodecies* è riportata nella "Parte Speciale R: Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare".

6.25. Gestione delle risorse finanziarie

L'art. 6 comma 2 lett. c) del Decreto prevede l'obbligo, in capo alla Società, di redigere specifiche modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a impedire la commissione dei reati.

A tal fine, l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha adottato, nell'ambito delle proprie procedure, alcuni principi fondamentali da seguire nella gestione delle risorse finanziarie:

- tutte le operazioni connesse alla gestione finanziaria devono essere eseguite mediante l'utilizzo dei conti correnti bancari della Società;
- periodicamente devono essere eseguite operazioni di verifica dei saldi e delle operazioni di cassa;

- la funzione responsabile della gestione di tesoreria deve definire e mantenere aggiornata in coerenza con la politica creditizia della Società e sulla base di adeguate separazioni dei compiti e della regolarità contabile una specifica procedura formalizzata per le operazioni di apertura, utilizzo, controllo e chiusura dei conti correnti;
- il vertice aziendale deve definire i fabbisogni finanziari a medio e lungo termine, le forme e le fonti di copertura e ne dà evidenza in reports specifici.

Riguardo ai pagamenti di fatture e agli impegni di spesa, la Società impone che:

- tutte le fatture ricevute devono avere allegato, ovvero anche mediante il riferimento all'interno del sistema informatico, l'ordine di acquisto emesso dal competente ufficio autorizzato all'emissione; tale ordine deve essere controfirmato dal responsabile con adeguati poteri;
- la fattura viene controllata in tutti i suoi aspetti (corrispondenza, calcoli, fiscalità, ricevimento merci o servizi);
- la fattura viene registrata in autonomia dalla contabilità e non si dà luogo al pagamento senza la specifica autorizzazione del responsabile dell'ufficio amministrazione e finanza nonché della funzione ordinante;
- tutte le assunzioni di debito per finanziamento, inclusi i contratti su derivati, sia di copertura che speculativi, devono essere adottate con delibera del C.d.A.;
- i contratti di *leasing* o di affitto superiori a euro 100.000 devono essere autorizzati dal C.d.A.

I principali riferimenti da seguire nella gestione delle risorse finanziarie hanno per oggetto le procedure di:

- liquidazione fatture passive nazionali ed estere: la Società stabilisce i controlli, le modalità di registrazione e di gestione delle anomalie da seguire durante il processo di liquidazione delle fatture passive nel caso di anomalie nella procedura di pagamento;
- gestione dei conti finanziari: la Società stabilisce le regole da seguire per verificare il controllo dei propri conti bancari e finanziari;
- gestione anticipi – rimborsi spese: la Società stabilisce le condizioni per potere concedere l'anticipazione finanziaria ai dipendenti, la rendicontazione e la verifica delle spese da loro effettuate nell'esecuzione delle proprie mansioni;
- recupero crediti in sofferenza: la Società definisce le norme da seguire per il recupero dei crediti incagliati-inesigibili. Sono regolate le procedure da seguire per il fondo di svalutazione dei crediti;
- carte di credito in uso ai dipendenti: la Società definisce le modalità di gestione delle carte di credito nominali concesse ai dipendenti;
- cessione cespiti: la Società definisce le regole da seguire nel caso di vendita, permuta, cessione o demolizione dei cespiti di proprietà della Società stessa.

Con particolare riferimento ai fatti colposi di cui all'art. 25 *septies*, il requisito relativo alle "modalità di gestione delle risorse finanziarie" va interpretato nel senso della necessaria attribuzione di risorse finanziarie coerenti con la distribuzione delle responsabilità in materia antinfortunistica.

A tal fine l'ha predisposto specifiche modalità operative per la gestione degli impegni di spesa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, anche per stabilire come affrontare esigenze impreviste che superino i budget assegnati.

6.26. Organismo di Vigilanza

In ottemperanza a quanto previsto all'art. 6 comma 1, lett. b, del Decreto, che prevede che il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello e di curarne il relativo aggiornamento, sia affidato ad un organismo della Società, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, denominato Organismo di Vigilanza, la Società ha provveduto all'identificazione e alla nomina di tale Organismo. Per i dettagli si rimanda alla "Parte speciale C – Struttura, composizione, regolamento e funzionamento dell'Organismo di Vigilanza".