

CENTRO DI RADIOLOGIA E
TERAPIA FISICA MORRONE
S.R.L.

MODELLO ORGANIZZATIVO DI
GESTIONE E CONTROLLO EX DECRETO
LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N.231

INDICE

PARTE GENERALE

- 1. IL CENTRO DI RADIOLOGIA MEDICA E DI TERAPIA FISICA MORRONE S.R.L.p. 1**
 - 1.1. Il Contratto di rete e la compagine societaria.....p. 3*

- 2. STRUTTURA DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE EX D.LGS. N. 231/2001.....p. 4**

- 3. IL D.LGS. 231/2001 E LA NUOVA RESPONSABILITA' DEGLI ENTI.....p. 8**
 - 3.1. I soggetti destinatari della norma: i soggetti in posizione apicale, i sottoposti e le situazioni di fatto.....p. 11*
 - 3.2. I reati presupposto previsti dal D.lgs. n. 231/2001.....p. 12*
 - 3.3. Le sanzioni.....p. 14*
 - 3.4. Le linee guida di Confindustria.....p. 19*

- 4. L'APPROCCIO METODOLOGICO SEGUITO.....p. 21**
 - 4.1. Gli organi sociali e la struttura organizzativa della Società.....p. 22*
 - 4.2. Il Sistema di Gestione integrato per la Qualità.....p. 26*
 - 4.3. Il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).....p. 28*
 - 4.4. Modifiche ed integrazione del Modello.....p. 36*

- 5. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE CONTROLLO.....p. 37**
 - 5.1. Le regole di funzionamento e approvazione del Modello.....p. 38*
 - 5.2. Ruoli e responsabilità nella gestione del Modello.....p. 39*
 - 5.3. I contratti esterni.....p. 41*
 - 5.4. Collocazione del Modello nella normativa interna.....p. 42*

- 6. IDENTIFICAZIONE NEL DETTAGGIO DELLE AREE SENSIBILI.....p. 43**

- 7. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE.....p. 47**
 - 7.1. Formazione del Personale.....p. 47*
 - 7.2. Comunicazione verso i dipendenti.....p. 49*
 - 7.3. Comunicazione verso l'esterno.....p. 49*

- 8. L'ORGANISMO DI VIGILANZA.....p. 50**
 - 8.1. Requisiti dell'Organismo di Vigilanza.....p. 51*
 - 8.2. Le funzioni e le attività dell'Organismo di Vigilanza.....p. 53*

8.3.	<i>Poteri dell'Organismo di Vigilanza.....</i>	<i>p. 55</i>
8.4.	<i>Obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.....</i>	<i>p. 56</i>
8.5.	<i>Obblighi di informazione dell'Organismo di Vigilanza.....</i>	<i>p. 59</i>
8.6.	<i>L'Internal Auditing.....</i>	<i>p. 60</i>
8.7.	<i>Archiviazione della documentazione.....</i>	<i>p. 61</i>
8.8.	<i>Whistleblowing Policy and Procedure.....</i>	<i>p. 62</i>

PARTE SPECIALE I

SEZIONE I: I REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

1.	<i>Nozione di Pubblica Amministrazione, di Pubblico Ufficiale e di Incaricato di un Pubblico Servizio.....</i>	<i>p. 64</i>
1.1.	<i>I reati previsti dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n. 231/2001.....</i>	<i>p. 67</i>
1.2.	<i>I singoli reati.....</i>	<i>p. 68</i>
1.3.	<i>Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....</i>	<i>p. 91</i>

SEZIONE II: I DELITTI INFORMATICI E TRATTAMENTO ILLECITO DI DATI

2.	<i>I reati previsti dall'art. 24-bis del D.lgs. n. 231/2001.....</i>	<i>p. 103</i>
2.1.	<i>I singoli reati.....</i>	<i>p. 105</i>
2.2.	<i>Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....</i>	<i>p. 115</i>

SEZIONE III: DELITTI DI CRIMINALITÀ ORGANIZZATA

3.	<i>I reati previsti dall'art. 24-ter del D.lgs. n. 231/2001.....</i>	<i>p. 119</i>
3.1.	<i>I singoli reati.....</i>	<i>p. 120</i>
3.2.	<i>Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....</i>	<i>p. 132</i>

SEZIONE IV: I DELITTI DI FALSITÀ IN STRUMENTI DI PAGAMENTO O SEGNI DI RICONOSCIMENTO E DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA ED IL COMMERCIO

4.	<i>I reati previsti dagli artt. 25-bis e 25-bis.1 del D.lgs. n. 231/2001.....</i>	<i>p. 148</i>
4.1.	<i>I singoli reati.....</i>	<i>p. 150</i>
4.2.	<i>Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....</i>	<i>p. 160</i>

SEZIONE V: I REATI SOCIETARI

5.	<i>I reati previsti dall'art. 25-ter del D.lgs. n. 231/2001.....</i>	<i>p. 164</i>
5.1.	<i>I singoli reati.....</i>	<i>p. 165</i>
5.2.	<i>Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....</i>	<i>p. 174</i>

SEZIONE VI: I DELITTI DI OMICIDIO COLPOSO O LESIONI GRAVI O GRAVISSIME COMMESSE CON VIOLAZIONE DELLE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

- 6. I reati previsti dall'art. 25-septies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 180*
- 6.1. I singoli reati.....p. 182*
- 6.2. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 186*

SEZIONE VII: I DELITTI DI RICETTAZIONE, RICICLAGGIO E IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA NONCHÉ AUTORICICLAGGIO

- 7. I reati previsti dall'art. 25-octies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 189*
- 7.1. I singoli reati.....p. 190*
- 7.2. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 194*

SEZIONE VIII: I DELITTI IN MATERIA DI VIOLAZIONE DEL DIRITTO D'AUTORE

- 8. I reati previsti dall'art. 25-nonies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 205*
- 8.1. I singoli reati.....p. 207*
- 8.2. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 214*

SEZIONE IX: I REATI AMBIENTALI

- 9. I reati previsti dall'art. 25-undecies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 217*
- 9.1. I singoli reati.....p. 218*
- 9.2. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 238*

SEZIONE X: L'IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO È IRREGOLARE E I DELITTI DI RAZZISMO E XENOFOBIA

- 10. I reati previsti dall'art. 25-duodecies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 247*
- 10.1. I singoli reati.....p. 248*
- 10.2. I reati previsti dall'art. 25-terdecies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 251*
- 10.3. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 252*

SEZIONE XI: I REATI TRIBUTARI

- 11. I reati previsti dall'art. 25-quinquiesdecies del D.lgs. n. 231/2001.....p. 256*
- 11.1. I singoli reati.....p. 258*
- 11.2. Aree a rischio reato, processi e controlli previsti.....p. 266*

PARTE SPECIALE II – CODICE ETICO

I PRINCIPI E I DESTINATARI

1. *I principi Etici del Centro di Radiologia Medica e Terapia Fisica Morrone s.r.l., del Centro Radiologico Vega s.r.l., del Centro di Medicina Nucleare N.1 s.r.l. e della società Biomedica s.r.l.p. 276*
- 1.1. *Ambito di applicazione e Destinatari.....p. 279*

I RAPPORTI ESTERNI

2. *Premessa.....p. 280*
- 2.1. *Rapporto con Enti, Associazioni e Fornitori.....p. 280*

I RAPPORTI INTERNI

3. *Norme di comportamento del Personale del Centro di Radiologia Medica e Terapia Fisica Morrone s.r.l., del Centro Radiologico Vega s.r.l., del Centro di Medicina Nucleare N.1 s.r.l. e della società Biomedica s.r.l.....p. 283*
- 3.1. *Ambiente e Sicurezza.....p. 286*

PRINCIPI DI COMPORTAMENTO PER LE SINGOLE FATTISPECIE EX D.LGS. N. 231/2001

4. *I reati contro la Pubblica Amministrazione.....p. 288*
- 4.1. *I delitti informatici e trattamento illecito di dati.....p. 293*
- 4.2. *Delitti di criminalità organizzata.....p. 296*
- 4.3. *I delitti di falsità in strumenti di pagamento o segni di riconoscimento e delitti contro l'industria ed il commercio.....p. 297*
- 4.4. *I reati societari.....p. 298*
- 4.5. *Delitti di omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro.....p. 301*
- 4.6. *Delitti di ricettazione, riciclaggio o impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio.....p. 303*
- 4.7. *I delitti in materia di violazione del diritto d'autore.....p. 304*
- 4.8. *I reati ambientali.....p.305*
- 4.9. *L'impiego di cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare e i delitti di razzismo e xenofobia.....p. 307*
- 4.10. *I reati tributari.....p. 308*

OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ORGANISMO DI VIGILANZA

5. *Linee Guida.....p. 309*

ATTUAZIONE DEL CODICE ETICO

- 6. Comunicazione e divulgazione del Codice Etico.....p. 310*
- 6.1. Controllo.....p. 310*

PARTE SPECIALE III - CODICE DISCIPLINARE

IL SISTEMA DISCIPLINARE

- 1. Premessa.....p. 311*

I DESTINATARI DEL SISTEMA DISCIPLINARE

- 2. Gli Amministratori ed i Sindaci.....p. 313*
- 2.1. Gli altri Soggetti in posizione Apicale.....p. 313*
- 2.2. I Dipendenti.....p. 314*
- 2.3. Gli Altri Soggetti tenuti al rispetto del Sistema Disciplinare.....p. 314*

LE VIOLAZIONI

- 3. Le condotte rilevanti.....p. 316*

LE SANZIONI

- 4. Premessa.....p. 318*
- 4.1. Le sanzioni nei confronti degli Amministratori, dei Sindaci e dei Revisori.....p. 319*
- 4.2. Le sanzioni nei confronti dei Dirigenti e degli Altri Soggetti Apicali.....p. 320*
- 4.3. Le sanzioni nei confronti dei Dipendenti.....p. 320*
- 4.4. Le sanzioni nei confronti degli Altri Destinatari.....p. 321*

IL PROCEDIMENTO SANZIONATORIO

- 5. Premessa.....p. 323*
- 5.1. Il procedimento nei confronti degli Amministratori, Sindaci, Dirigenti e degli Altri Soggetti Apicali.....p. 324*
- 5.2. Il procedimento nei confronti dei Dipendenti.....p. 326*

PARTE SPECIALE IV – DELEGHE PROCURE E CONTRATTI ESTERNI

ALLEGATO 1 – ANALYSIS RISK ASSESSEMENT

1. CENTRO DI RADIOLOGIA MEDICA E DI TERAPIA FISICA MORRONE S.R.L.

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. è una società operante nel settore sanitario, sia in regime privatistico sia in regime convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale.

Costituita in data 20/10/1980 ed iscritta nel Registro delle Imprese di Caserta il 13/01/1981 (REA, CE – 95791), ha attualmente la propria sede legale in Via Marchesiello S.N.C. (CE).

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., sensibile all'esigenza di garantire e promuovere condizione di correttezza e trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività aziendali, ha ritenuto opportuno procedere alla definizione ed attuazione del Modello Organizzativo, Gestione e Controllo ex D.lgs. n. 231/2001.

La scelta imprenditoriale risulta essere volta a svolgere non una contrapposizione o un contrasto con il S.S.N., bensì a coadiuvarne le attività, in modo serio e professionale, offrendo servizi di qualità integrativa e non sostitutiva con lo stesso.

La Società, in particolare, si occupa dell'erogazione dei seguenti trattamenti:

- Massoterapia;
- Radarterapia;
- Ultrasuoniterapia;
- Laserterapia;
- Elettroterapia (T.E.N.S.-diadinamiche-ionoforesi-elettrostimolazioni);

- Meccanoterapia;
- Trazioni;
- Magnetoterapia;
- Mobilizzazioni;
- Infrarossi;
- Erogazione di trattamenti di terapia fisica.

Tali servizi, inoltre, sono svolti direttamente, esclusivamente ed autonomamente dai singoli professionisti regolarmente abilitati a seconda dei casi e sotto la loro personale responsabilità, in quanto la Società si propone la sola predisposizione dei mezzi necessari per lo svolgimento di dette attività.

[REDACTED]

1.1. Il contratto di rete e la compagine societaria

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Le Società, lungi da considerarsi mere estrinsecazione di un'unica compagine societaria, collaborano tra di loro in varie forme, mantenendo la propria autonomia e indipendenza, allo scopo di conseguire sia un miglior coordinamento delle varie attività tra le stesse, che un risparmio economico complessivo attraverso un incremento delle attività comuni.

Tali peculiarità vengono confermate nel contratto di rete dotato di soggettività giuridica "Centro A. Morrone" iscritto nel Registro delle Imprese di Caserta in data 8/01/2018 (REA, CE – 313913) e avente sede legale in via Marchesiello 123 (CE), attraverso cui le stesse hanno creato un sistema integrato per l'approvvigionamento e la gestione dei beni e dei servizi comuni al fine di aumentare la reciproca capacità innovativa e la competitività sul mercato.

2. STRUTTURA DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE EX D.LGS. N. 231/2001

Il presente Modello è articolato in una “Parte Generale” che individua le peculiari caratteristiche organizzative/funzionali della realtà aziendale sopra menzionata, quattro “Parti Speciali”, e un Allegato 1.

Nello specifico, la Prima Parte Speciale è suddivisa in base alle fattispecie rilevanti nonché tenendo conto delle aree di rischio e delle relative procedure idonee ad evitare l’integrazione di tali reati; la Seconda e la Terza ricomprendenti al loro interno rispettivamente un Codice Etico e Disciplinare a cui i singoli Dipendenti, nonché Dirigenti, Soci ed Amministratori devono sottostare, la Quarta al cui interno, invece, viene predisposto un sistema di deleghe e procure rendendosi, al contempo, noti i contratti esterni ed, infine, un Allegato 1 in cui viene descritta l’operazione di *Analysis Risk Assessment*.

La funzione della presente Parte Generale è quella di definire, nel complesso, un sistema strutturato e organico finalizzato a prevenire la commissione delle diverse tipologie di reato di cui al D.lgs. n. 231/2001.

La Parte Generale si articola come segue:

- Finalità e struttura del documento;
- Il Decreto Legislativo n. 231/2001;
- L’approccio metodologico seguito;
- Il Modello di Organizzazione, gestione e controllo;
- Le Aree Sensibili;
- Formazione e comunicazione interna;

- L'Organismo di Vigilanza.

La funzione della **Parte Speciale I** è quella di individuare le fattispecie a cui la Società risulta più vulnerabile predisponendo, all'occorrenza, i comportamenti generali e le procedure specifiche finalizzate a prevenire la commissione delle tipologie delittuose contemplate all'interno del D.lgs. n. 231/2001, articolandosi in:

- Sezione I: Protocolli per la prevenzione dei reati contro la Pubblica Amministrazione (artt. 24 e 25 D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione II: Protocolli per la prevenzione dei delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione III: Protocolli per la prevenzione dei delitti di criminalità (art. 24-ter D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione IV: Protocolli per la prevenzione dei delitti di falsità in strumenti di pagamento o segni di riconoscimento e delitti contro l'industria ed il commercio (artt. 25-bis e 25-bis.1 D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione V: Protocolli per la prevenzione dei reati societari (art. 25-ter D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione VI: Protocolli per la prevenzione avverso i delitti di omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione VII: Protocolli per la prevenzione avverso i delitti di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (art. 25-octies D.lgs. n. 231/2001);

- Sezione VIII: Protocolli per la prevenzione avverso i delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-nonies D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione IX: Protocolli per la prevenzione avverso i reati ambientali (art. 25-undecies D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione X: Protocolli per la prevenzione avverso l'impiego di cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare nonché per la prevenzione dei delitti di razzismo e xenofobia (artt. 25-duodecies e 25-terdecies D.lgs. n. 231/2001);
- Sezione XI: Protocolli per la prevenzione avverso i reati tributari (art. 25-quinquiesdecies D.lgs. n. 231/2001).

La Società, allo stato attuale, non ha ritenuto rilevanti le altre tipologie di reati previsti dal Decreto, ovvero:

- *Delitto di indebita appropriazione, totale o parziale, di erogazioni provenienti dal Fondo europeo agricolo di garanzia e dal Fondo europeo per lo sviluppo rurale ex art. 2 L. 1986 n. 898 (art. 24 co. 2 bis);*
- *Delitti contro l'industria e il commercio, esclusivamente per i reati ex art. 516, 517 e 517-quater (art. 25-bis.1);*
- *Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (art. 25-quater);*
- *Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater.1);*
- *Delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinquies);*
- *Reati di abuso di informazioni privilegiate e manipolazione del mercato (art. 25-sexies);*
- *Reati transnazionali;*

- *Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all’Autorità Giudiziaria (art. 25-decies);*
- *Reati ambientali, esclusivamente per i reati ex artt. 452-quaterdecies e 727-bis c.p. nonché per i reati ascritti agli art. 1, 2, 3-bis della L. 150/1992 ed 8 e 9 del D.lgs. n. 202/2007;*
- *Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommesse e giochi d’azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati (art. 25-quaterdecies);*
- *Contrabbando (art. 25-sexiesdecies).*

La funzione delle **Parti Speciali II e III**, invece, è quella di predisporre un Codice Etico e Disciplinare rivolto tanto ai lavoratori dipendenti quanto ai collaboratori e terzi che operino per conto della Società prevedendo, all’occorrenza, idonee sanzioni di carattere disciplinare e contrattuale.

La **Parte Speciale IV**, contiene al suo interno un sistema di deleghe e procure idoneo a massimizzare l’efficacia della Società e a rendere maggiormente trasparente la propria politica aziendale nonché i propri contratti esterni.

Infine, l’**Allegato 1** contiene la procedura di *Analysis Risk Assessment*.

3. IL D.LGS. N. 231/2001 E LA NUOVA RESPONSABILITÀ DEGLI ENTI

Il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 recante la *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica”* in attuazione della delega legislativa contenuta nell'articolo 11 della Legge n. 300 del 29 settembre 2000, che ha inteso adeguare la normativa interna in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune Convenzioni Internazionali a cui l'Italia ha già da tempo aderito, quali la Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 (sulla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee), la Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997, (sulla lotta alla corruzione nella quale sono coinvolti funzionari della Comunità o degli Stati membri) e la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 (sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche ed internazionali). Con l'emanazione del D.lgs. n. 231/2001, e successive modificazioni e integrazioni, il legislatore ha introdotto nell'ordinamento un innovato sistema sanzionatorio che istituisce e disciplina la *“responsabilità amministrativa degli enti”*, in relazione ad alcuni reati commessi da parte di *“persone che rivestono una posizione apicale nella struttura dell'ente medesimo”* ovvero, *“da soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza”* di questi ultimi nonché *“da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo dell'ente”*.

La norma introduce una responsabilità aggiuntiva e non sostitutiva rispetto a quella delle persone fisiche che hanno materialmente posto in essere l'illecito. L'ente risponde insieme all'individuo e non in sua sostituzione.

La struttura dell'illecito segue, sotto molteplici angolazioni, il modello dell'illecito penale: da un punto di vista oggettivo è richiesta la commissione di un reato nella forma tentata o consumata mentre, sotto un profilo soggettivo, la possibilità di erogare la sanzione è

subordinata all'accertamento di una specifica forma di colpevolezza in capo all'ente o alla società che ricorrerà quando l'illecito si inquadri in una precisa politica aziendale o quantomeno risulta riconducibile ad una colpa in *eligendo* o in *vigilando*.

Il legislatore ha introdotto un regime di responsabilità c.d. eclettico o polimorfa, ricalcando e coniugando al suo interno sia un modello di responsabilità penale che un modello di responsabilità prettamente amministrativa prevedendo, da una parte, che la responsabilità dell'ente sia strettamente collegata ad un fatto di reato commesso dai soggetti qualificati nonché accertata dal giudice penale nell'ambito di un processo al cui esito è connessa l'applicazione di sanzioni afflittive e, dall'altra, un regime residuale tipico di un procedimento amministrativo.

Si tratta, quindi, di una responsabilità propria della persona giuridica essendo necessario che il reato presupposto, ovvero uno dei reati espressamente previsti dagli artt. 24 e ss., sia riferibile all'ente stesso e quindi sia stato materialmente realizzato da un suo organo o comunque da un suo componente, ovvero da un soggetto in grado, poiché legittimato, di manifestare all'esterno la volontà della compagine societaria.

Non è quindi necessario e sufficiente che il reato o i reati presupposti siano commessi da un qualsiasi soggetto che faccia parte della struttura organizzativa, ma deve trattarsi necessariamente ed indissolubilmente di una persona fisica avente i requisiti di cui all'art. 5 del D.lgs. n. 231/2001.

Tale norma, allora, funge, senza ombra di dubbio, da architrave per quanto concerne i criteri di imputazione degli illeciti descritti nel D.lgs., prevedendo che dalla commissione di uno di essi scaturisca un interesse o un vantaggio per l'ente.

Ciò significa che laddove la persona fisica abbia agito nell'interesse proprio esclusivo o di terzi e, quindi, al di fuori di ogni politica d'impresa, l'ente rimane esente da responsabilità

qualora dimostri, non solo di aver attuato efficacemente il Modello Organizzativo di Gestione, e Controllo ma anche che tale soggetto l'abbia fraudolentemente aggirato nonostante l'apposizione delle tutele predisposte, venendo meno, in tal maniera, il rapporto di immedesimazione organica tra l'ente e il soggetto agente.

Tale assetto normativo non può applicarsi alle holding "pure" ove la capogruppo si limiti a dirigere l'attività in concreto svolta dalle società controllate, trovando, viceversa, riscontro positivo per quanto concerne la disciplina delle holding "miste" la cui capogruppo svolge essa stessa attività produttiva di beni e servizi.

La responsabilità in commento pone l'accento sull'esistenza di un rapporto qualificato tra l'autore del reato ed ente in virtù di una posizione apicale, formale o di fatto, di direzione, di gestione o di amministrazione rivestita dal soggetto agente, nonché un interesse di gruppo posto alla base dell'azione delittuosa.

Infine, gli elementi costitutivi dell'interesse e del vantaggio hanno valenza alternativa e significati diversi, nonché ben delineati:

- *L'interesse* esprime la direzione finalistica della condotta delittuosa della persona fisica, verificabile in una prospettiva *ex ante*, ovvero "a monte", attenendo al tipo di attività che viene realizzata e deve, pertanto, trovare una perfetta incidenza nell'idoneità della condotta a cagionare un beneficio per l'ente, senza richiedere che l'utilità venga effettivamente raggiunta;
- *Il vantaggio*, all'opposto, è il risultato materiale dell'azione delittuosa valutabile *ex post*, ovvero "a valle", potendo essere conseguito dall'ente anche quanto la persona fisica non abbia agito nel suo interesse.

3.1. I soggetti destinatari della norma: i soggetti in posizione apicale, i sottoposti e le situazioni di fatto

L'art. 5 del Decreto stabilisce che l'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio se i soggetti responsabili agiscono in nome e per conto dell'ente rappresentato, ovvero:

- Persone che rivestono funzioni di rappresentanza, sia organica che volontaria, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua attività produttiva o che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dell'ente;
- Persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a) dell'art. 5, i c.d. soggetti subordinati.

Il legislatore ha preferito una formula elastica piuttosto che tassativa, vista l'eterogeneità dei vari tessuti aziendali a cui tale normativa si riferisce.

Possono essere qualificati come apicali: i componenti degli organi di amministrazione e controllo dell'ente, a prescindere se si adotti lo schema dell'Amministratore Unico, Consiglio di Amministrazione o di Amministrazione Congiunta o Disgiunta.

Nel novero di tali soggetti, oltre agli Amministratori, vanno sicuramente ricompresi, alla stregua dell'art. 5, il Direttore Generale, i Direttori Esecutivi dotati di autonomia finanziaria e funzionale, nonché i preposti alle sedi secondarie ed ai siti, i quali possono anche assumere la qualifica di Datori di lavoro ai sensi della normativa prevenzionistica vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Tali soggetti possono essere legati alla società sia da un rapporto di lavoro subordinato, sia da altri rapporti di natura privatistica.

All'opposto, i soggetti in posizione subordinata sono coloro i quali devono eseguire le direttive dei soggetti di cui sopra o sono sottoposti alla loro vigilanza.

Inoltre, la responsabilità dell'ente sussiste, anche se l'autore del reato non è stato identificato ma sicuramente rientra nella categoria dei soggetti di cui ai punti a) e b) dell'art. 5 del D.lgs. n. 231/2001, oppure il reato sia estinto nei confronti del reo persona fisica offesa per causa diversa dall'amnistia.

Deve considerarsi che non tutti i reati commessi dai soggetti sopra indicati implicano una responsabilità amministrativa riconducibile all'Ente, atteso che sono individuate come rilevanti solo specifiche tipologie di reato ex artt. 24 e ss. del Decreto.

3.2. I reati presupposto previsti dal D.lgs. n. 231/2001

Il legislatore, in fase di redazione, ha previsto agli artt. 24 e ss. una serie di fattispecie delittuose atte a circoscrivere l'ambito applicativo della materia.

Tale intento, però, è risultato alquanto vano, poiché se da una parte tale elencazione deve considerarsi, senza alcun dubbio, tassativa, ovvero che l'eventuale integrazione di una fattispecie di reato non rientrante in quelle elencate non comporterà alcuna responsabilità in capo all'ente, dall'altra si rileva, già ad una prima lettura, l'estrema eterogeneità delle stesse.

Il catalogo di reati, infatti, rispetto all'impianto originario, è stato notevolmente ampliato in forza della centralità della questione, soprattutto all'indomani delle due rivoluzionarie sentenze Thyssenkrupp nel 2014 ed Eternit nel 2015.

Attualmente il D.lgs. prevede al suo interno:

- *Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione europea o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture (art. 24);*
- *Delitti informatici e trattamenti illecito dei dati (art. 24-bis);*
- *Delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter);*
- *Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e abuso d'ufficio (art. 25);*
- *I reati di falsità in moneta, carte di pubblico credito e valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento e delitto contro l'industria e il commercio (art. 25-bis e art. 25-bis.1);*
- *Reati societari (art. 25 ter);*
- *Reati di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico (art. 25-quater);*
- *Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater.1);*
- *Delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinquies);*
- *Reati di abuso di informazioni privilegiate e manipolazione del mercato (art. 25-sexies);*
- *Reati transnazionali;*

- *Delitti commessi con violenza delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 25-septies);*
- *Reati di riciclaggio, ricettazione e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (art. 25-octies);*
- *Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-nonies);*
- *Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'Autorità Giudiziaria (art. 25-decies);*
- *Reati ambientali (art. 25-undecies);*
- *Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (25-duodecies);*
- *Delitti in materia di razzismo e xenofobia (art. 25-tredecies);*
- *Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati (art. 25-quaterdecies);*
- *Reati tributari (art. 25-quinqüiesdecies);*
- *Contrabbando (art. 25-sexiesdecies).*

Risulta, pertanto, evidente il fine ultimo del legislatore: evitare con un tale impianto eterogeneo che la persona giuridica possa essere strumentalizzata dal singolo, il quale potrebbe usufruire della sua struttura al fine di compiere una delle fattispecie summenzionate.

3.3. *Le sanzioni*

L'apparato sanzionatorio previsto dagli artt. 9 e ss. del D.lgs. n. 231/2001 è improntato su un sistema a doppio binario, in quanto commina insieme alla sanzione principale anche

sanzioni pecuniari ed interdittive nonché, al ricorrere determinati presupposti, le confische e la pubblicazione della sentenza.

In particolare, le sanzioni derivanti dalla responsabilità amministrativa, a seguito della commissione del reato sono disciplinate dagli artt. 9 a 23 del D.lgs. n. 231/2001 e sono:

- **SANZIONI PECUNIARIE** (artt. 10 – 12): si applicano sempre per ogni illecito amministrativo ed hanno natura afflittiva e non risarcitoria; dell'obbligazione per il pagamento della sanzione pecuniaria ne risponde solo l'ente con il suo patrimonio o con il fondo comune; le sanzioni sono calcolate in base ad un sistema per quote in un numero non inferiore a cento né superiore a mille, la cui commisurazione viene determinata dal giudice sulla base della gravità del fatto e del grado di responsabilità dell'ente, dall'attività svolta dall'ente per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto illecito e per prevenire la commissione di ulteriori reati; ogni singola quota va da un minimo di Euro 258 ad un massimo di Euro 1.549, e l'importo di ogni quota viene determinato dal giudice tenendo conto delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente.

L'ammontare della sanzione pecuniaria, pertanto, viene determinata per effetto della moltiplicazione del primo fattore per il secondo, ovvero il numero di quote per l'importo della quota.

- **SANZIONI INTERDITTIVE** (artt. da 13 a 17): si applicano solo nei casi nei quali sono espressamente previste, ex art. 9 c. 2:

- Interdizione dall'esercizio dell'attività;

- Sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- Divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, salvo che per l'ottenimento di un servizio pubblico; tale divieto, si noti, può essere limitato anche a determinati tipi di contratto o a determinate amministrazioni;
- Esclusioni da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi, nonché l'eventuale revoca di quelli precedentemente concessi;
- Divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Le sanzioni interdittive hanno la caratteristica di limitare o condizionare l'attività sociale, e nei casi più gravi arrivano a paralizzare completamente l'ente avendo, inoltre, la finalità di prevenire comportamenti connessi alla commissione di reati.

Tali sanzioni si applicano, come detto, nei casi espressamente previsti quando ricorrono almeno una delle seguenti condizioni:

- L'ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità e il reato è stato commesso da soggetti in posizione apicale, ovvero da soggetti sottoposti all'altrui direzione e, in questo ultimo caso, la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- In caso di reiterazione degli illeciti.

Le sanzioni interdittive hanno una durata non inferiore a tre mesi e non superiore a due anni; in deroga alla temporalità è possibile l'applicazione in via definitiva di tali sanzioni all'avverarsi delle condizioni ex art. 16 del D.lgs. n. 231/2001.

Infine, qualora ne sussistano le condizioni, il giudice può nominare in commissario per la prosecuzione dell'attività dell'ente per un periodo pari alla durata della pena interdittiva.

- **CONFISCA** (art. 19): All'opposto, particolarmente articolata risulta essere la disciplina dettata in relazione all'istituto della confisca, destinato ad atteggiarsi in modo diverso a seconda del concreto contesto in cui è chiamato ad operare.

L'art. 9, co.1, lett. c) prevede la confisca come sanzione, il cui contenuto e i presupposti applicativi sono precisati nel successivo art. 19 co. 1..

Il secondo comma di tale ultima disposizione, diversamente, autorizza la confisca in forma equivalente, replicando lo schema normativo di disposizioni già presenti nel codice penale o in leggi penali speciali.

Si tratta di confisca destinata a fungere da sanzione principale, obbligatoria ed autonoma rispetto alle altre pure previste nel decreto in esame.

L'art. 6, co. 5, diversamente, prevede la confisca del profitto del reato commesso da persone che rivestono funzioni apicali, anche nell'ipotesi particolare in cui l'ente vada esente da responsabilità per aver validamente adottato e attuato i Modelli Organizzativi previsti e disciplinati dalla stessa norma.

In tale ipotesi, come osservato dalla Cassazione a Sezioni Unite nel 2008, riesce difficile cogliere la natura sanzionatoria della misura ablativa che si differenzia strutturalmente da quella ex art. 19 proprio perché difetta una responsabilità dell'ente.

Secondo l'orientamento dominante in materia, in tale specifico caso, si deve escludere il necessario profilo di intrinseca pericolosità della *res* oggetto di

espropriazione; la confisca assume più semplicemente la fisionomia di uno strumento volto a ristabilire l'equilibrio economico alterato dal reato presupposto i cui effetti, appunto economici, sono comunque andati a vantaggio dell'ente.

Opinando diversamente la persona giuridica finirebbe per conseguire, seppur incolpevolmente un profitto geneticamente illecito.

La confisca, infine, si riconfigura come sanzione principale all'interno dell'art. 23, co. 2, che configura la responsabilità dell'ente in caso di trasgressione di sanzioni e di misure cautelari interdittive.

- **PUBBLICAZIONE DELLA SENTENZA** (art. 18): può essere disposta quando all'ente viene applicata una sanzione interdittiva; la sentenza viene pubblicata per una sola volta, per estratto o per intero, in uno o più giornali scelti dal giudice, e mediante affissione all'albo del comune dove l'ente ha sede; la pubblicazione è a spese dell'ente, ed è eseguita dalla cancelleria del giudice.

Lo scopo è di portare a conoscenza del pubblico la sentenza di condanna, ed è evidente che si tratti di una sanzione che indice sull'immagine dell'ente stesso.

Deve, infine, osservarsi che l'Autorità Giudiziaria può, altresì, disporre:

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

3.4. *Linee Guida Confindustria*

Il D.lgs. n. 231/2001 prevede che i Modelli di Organizzazione Gestione e Controllo possano essere adottati sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative di categoria, comunicati al Ministro della Giustizia ai sensi dell'art. 6, co. 3, del Decreto in esame.

Inoltre, ai fini dei reati in ambito di sicurezza sul lavoro e tutela della salute sul lavoro, l'art. 30 del D.lgs. n. 81/2008 prescrive i requisiti dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo idonei ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche.

Il comma 5 del suddetto articolo statuisce che per le parti corrispondenti i Modelli di Organizzazione e di Gestione definiti uniformemente alle linee guida UNI – INAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007, si presumono conformi ai requisiti richiesti ad un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai fini dell'esimente per l'ente.

La prima associazione a redigere un documento di indirizzo per la costruzione dei Modelli è stata Confindustria che, nel marzo del 2002, ha emanato delle **Linee Guida**, poi parzialmente modificate e aggiornate prima nel maggio 2004 e nel marzo 2008, nonché da ultimo nel marzo 2014.

In sintesi le **Linee Guida** suggeriscono:

- Mappare le aree aziendali a rischio e le attività nel cui ambito potenzialmente possono essere commessi i reati presupposto mediante specifiche modalità operative;
- Individuare e predisporre specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni della società in relazione ai reati da prevenire, distinguendo tra protocolli preventivi con riferimento ai delitti dolosi e colposi;
- Individuare un Organismo di Vigilanza (in seguito anche OdV), dotato sia di autonomi poteri di iniziativa e controllo che di un adeguato budget che potrà essere eventualmente superato al solo verificarsi di situazioni critiche che richiedano un'immediata reazione;
- Individuare specifici obblighi informativi nei confronti dell'OdV sui principali fatti aziendali e in particolare sulle attività ritenute a rischio e specifici obblighi informativi da parte dell'OdV verso i vertici aziendali e gli organi di controllo;
- Adottare un Codice Etico che individui i principi dell'azienda e orienti i comportamenti dei destinatari del Modello;
- Adottare un sistema disciplinare, idoneo a sanzionare il mancato rispetto dei principi indicati nel Modello.

4. L'APPROCCIO METODOLOGICO SEGUITO

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. al fine di agevolare l'individuazione delle aree esposte ai reati di cui al D.lgs. n. 231/2001 ha provveduto all'avvio di un progetto finalizzato a formalizzare l'aderenza della propria struttura organizzativa ai precetti del Decreto stesso.

Per l'individuazione delle fattispecie riconducibili ai reati cui al D.lgs. n. 231/2001, la Società ha adottato le modalità di intervista e di analisi documentale nonché le risorse di progetto, siano essi dipendenti/collaboratori oppure consulenti provvedendo, ad informare prima e intervistare poi, alcuni responsabili delle rispettive funzioni o unità organizzative considerate rilevanti ai fini dell'analisi. Inoltre, laddove tali responsabili avessero evidenziato delle aree di rischio potenzialmente rilevanti, si è provveduto alla raccolta di materiale oppure a nuove interviste.

Nel rispetto della modalità di diagnosi prescelte si è condotta un'analisi per unità organizzativa di livello direzionale e per processi, secondo quanto codificato nel rispettivo Manuale di Qualità e nel Documento di Valutazione Rischi (DVR), oltre quanto definito nella documentazione preliminarmente acquisita.

Si è poi proceduto all'individuazione dei reati che possono essere ricompresi nel perimetro di interesse della Società.

Sulla base delle evidenze raccolte in sede di intervista e incrociando quanto emerso con le evidenze derivanti dai documenti societari del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. si è provveduto a stilare una mappa delle potenziali fattispecie di

rischio – reato, le possibili modalità di realizzazione delle stesse e le funzioni normalmente coinvolte.

In tale ottica, le attività di seguito descritte sono state svolte dando priorità alle suddette aree nonché analizzando nelle medesime, in modo specifico, le attività di controllo poste in essere dalla Società al fine di prevenire il rischio di commissione dei comportamenti rilevanti per il D.lgs. n. 231/2001.

Si è proceduto, in seguito, ad una valutazione del livello di rischio potenziale associabile a ciascuna area/processo sensibile secondo una metodologia di *risk assessment*:

- Delle aree o processi c.d. “a rischio”, vale a dire quei processi aziendali per i quali è stato ritenuto astrattamente possibile il rischio di commissione dei reati indicati dalla normativa di riferimento e astrattamente riconducibili alle attività svolte dalla Società;

Nell’ambito di ciascuna area c.d. “a rischio” sono state individuate le attività “sensibili”, ossia quelle attività a cui è connesso il rischio potenziale di commissione dei reati nonché i processi aziendali coinvolte prevenendo, infine, per ognuna di esse, ad indentificare i Controlli interni necessari ad evitare l’integrazione dei reati precedentemente presi in considerazione.

4.1. *Gli organi sociali e la struttura organizzativa della Società*

La struttura organizzativa del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. è definita in modo da assicurare alla Società l'attuazione delle strategie ed il raggiungimento degli obiettivi:

[REDACTED]

[REDACTED]

La struttura organizzativa del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., disegnata per garantire da un lato la separazione di ruoli, compiti e responsabilità tra le diverse funzioni e, dall'altro, la massima efficienza possibile è caratterizzata da una precisa definizione delle competenze di ciascuna area aziendale e delle connesse responsabilità.

La Società ha messo a punto un dettagliato organigramma nel quale è schematizzata la propria intera struttura organizzativa.

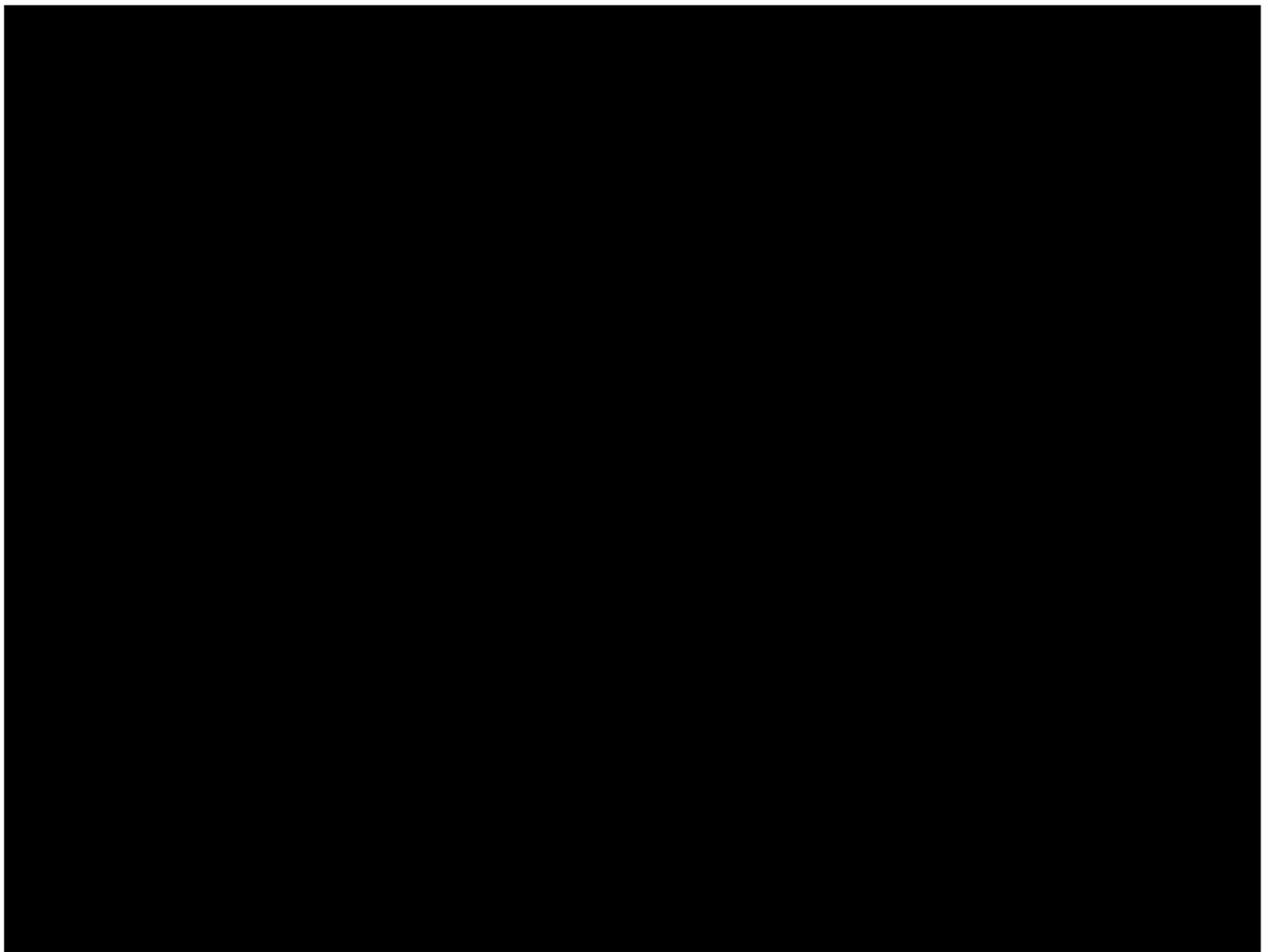
Nello specifico si è provveduto a delineare:

- Il Responsabile tecnico sanitario;
- I Responsabili di ogni settore;
- Le singole Aree e i Soggetti operanti in esse.

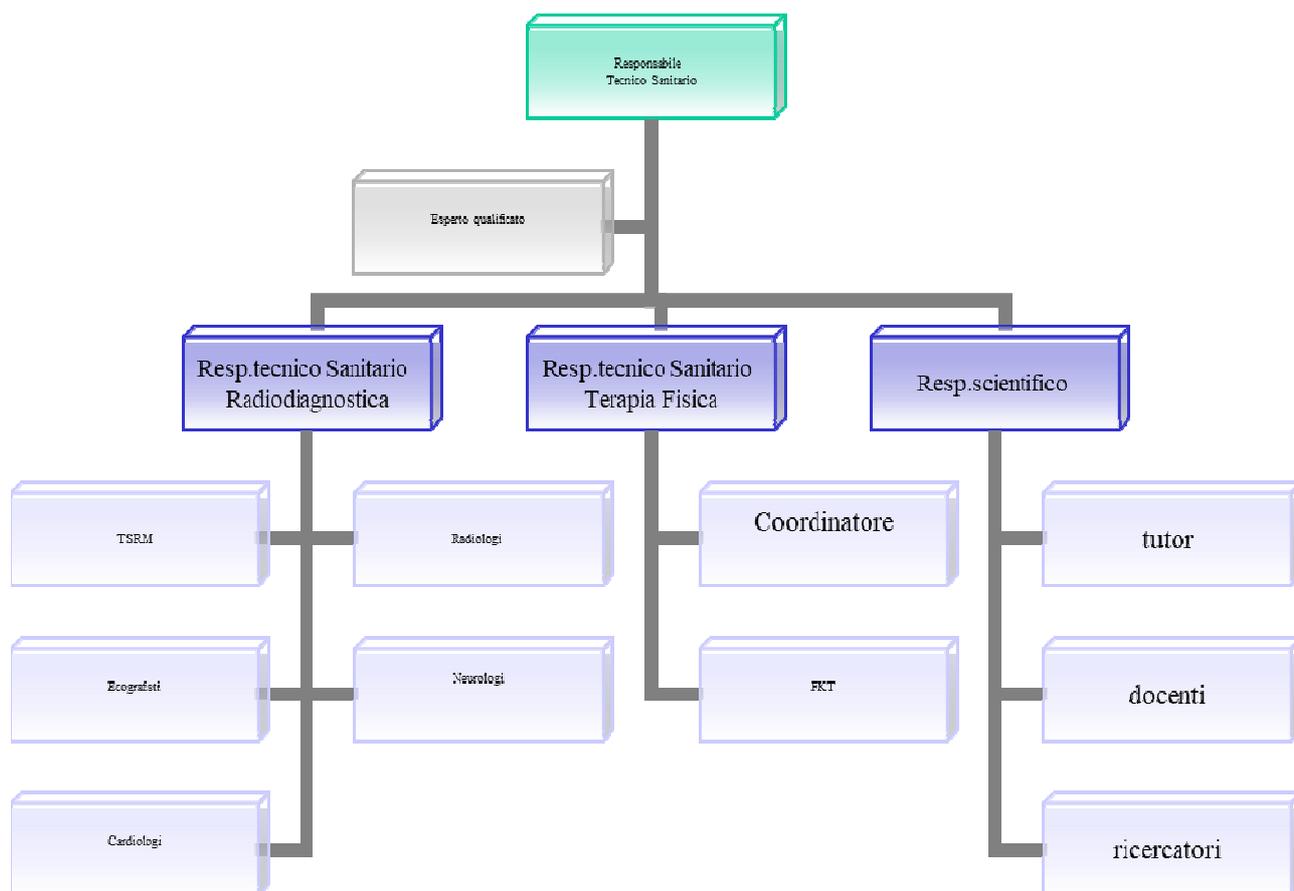
L'organigramma è oggetto di ufficiale comunicazione a tutto il personale del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. nonché presente all'interno del Documento Valutazioni dei Rischi (DVR).

ORGANIGRAMMA

Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica
Morrone s.r.l.



4.2. Il Sistema di Gestione integrato per la Qualità



Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. per la gestione del Sistema di Qualità e per l'esecuzione delle attività si attiene ai seguenti riferimenti normativi:

- **UNI EN ISO 9000** Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e terminologie.
- **UNI EN ISO 9001** Sistemi di Gestione per la Qualità - Requisiti
- **UNI EN ISO 9004** Sistemi di gestione per la Qualità - Linee guida per il miglioramento delle prestazioni.
- **UNI EN 19011** Criteri generali per le verifiche ispettive dei Sistemi Qualità
- **D.lgs. n. 81/08** (e successive modifiche): Sicurezza sui luoghi di lavoro

- **Legge n. 196/03** (legge sulla privacy e successive modifiche)
- **D.lgs. D. n. 22/97** (smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi)
- **Delibera Regionale n. 377/98** Concernente i requisiti minimi strutturali e di risorse per l'attività;
- **DPR n. 37 del 14/01/1997** Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Nomenclatore tariffario in vigore;
- Legge Finanziaria in vigore.

La Direzione ha la responsabilità di gestire l'acquisizione e l'archiviazione di tutta la normativa ISO di riferimento, delle norme legislative e i regolamenti vigenti sul territorio in cui opera l'azienda.

Il Sistema di Gestione integrato per la Qualità, oltre ad applicarsi a tutte le attività della Società, è stato strutturato per processi, ovvero:

1. Identificare i processi necessari per il Sistema di Gestione integrato per la Qualità;
2. Stabilire la loro sequenza e le loro interazioni;
3. Stabilire criteri e metodi capaci di assicurare una loro efficace operatività e controllo;
4. Garantire la disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie a supportarne l'implementazione e il monitoraggio;
5. Attribuire per ciascun processo ruoli e responsabilità;

6. Individuare e valutare rischi ed opportunità;
7. Definire criteri e metodi di misurazione, monitoraggio e analisi dei processi, al fine di attuare le azioni necessarie al Miglioramento Continuo del Sistema di Gestione integrato per la Qualità.

Il suddetto “Approccio per Processi” si concretizza nell’individuazione, comprensione e controllo di un insieme di processi fra loro correlati, realizzati per il conseguimento di determinati obiettivi (soddisfazione di requisiti), in modo sistematico ed organico.

I processi interessati dal SGQ si distinguono tra processi primari e quelli di supporto.

I processi primari e di supporto si definiscono nel seguente modo:

- **Processi primari:** (*core business*), che trasformano, aggiungendo valore, le risorse in ingresso in servizi dei quali fruisce direttamente l’utente e che pertanto hanno un impatto diretto e determinante sulla capacità di soddisfacimento dei requisiti del cliente;
- **Processi di supporto:** anch’essi direttamente o indirettamente correlati con la conformità del servizio, ma non “essenziali” al puro fine di erogazione del servizio, tra i processi di supporto alcuni sono stati denominati processi gestionali trasversali.

Al fine di garantire la soddisfazione del cliente ed il progressivo miglioramento delle prestazioni, ogni processo è pianificato, attuato, controllato e periodicamente riesaminato.

In virtù di tali peculiarità, soprattutto in riferimento all’approccio per processi, per tali analisi si rimanda al Manuale di Qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

4.3. *Il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)*

Con riferimento ai reati di cui all'art. 25-*septies* del D.lgs. n. 231/2001, ovvero i delitti commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute del lavoro (omicidio colposo e lesioni personali colpose gravi o gravissime), vista la specificità tecnica dei singoli adempimenti in materia di sicurezza e salute sul lavoro richiesti dal D.lgs. n. 81/2008, la cui valutazione di dettaglio trova ampiamente riscontro all'interno del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).

Tale documento, finalizzato alla sicurezza e la salute dei lavoratori derivanti da pericoli presenti sul luogo di lavoro ai sensi dell'articolo 17 comma 1 lettera a) del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., consiste in un esame sistematico di tutti gli aspetti dell'attività lavorativa, volto a stabilire:

- Cosa può provocare lesioni o danni;
- Se è possibile eliminare i pericoli;
- Quali misure di prevenzione o di protezione sono o devono essere messe in atto per controllare i rischi che non è possibile eliminare.

Le valutazioni oggetto di tale documento hanno riguardato, in collaborazione con il servizio di prevenzione protezione (RSPP e ASPP): la scelta delle attrezzature, delle sostanze e dei preparati chimici impiegati, nonché della sistemazione degli stessi nei luoghi di lavoro, ancora, tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo *stress*

lavorativo e quelli riguardanti lavoratrici in stato di gravidanza, minori e lavoratori immigrati.

Come richiesto dalle Linee Guida di Confindustria aggiornate da ultimo nel marzo del 2014, il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. si è dotato di una apposita struttura organizzativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nell'ottica di eliminare, ovvero, laddove ciò non si possibile, ridurre, e quindi gestire, i rischi lavorativi per i dipendenti.

Nell'ambito di tale struttura organizzativa sono stati individuati i soggetti di seguito indicati:

Datore di Lavoro

Il datore di lavoro si occupa di:

- a) Elaborare il Documento di Valutazione del Rischio;
- b) Informare e formare i lavoratori sui pericoli e sui rischi presenti durante la specifica attività, le misure preventive e correttive, sull'uso dei DPI;
- c) Disporre le risorse necessarie per l'attuazione delle misure a tutti i livelli di responsabilità;
- d) Coordinare e verificare l'attuazione degli strumenti di mitigazione del rischio;
- e) Verificare il rispetto delle procedure e delle prestazioni;
- f) Consultare preventivamente il RLS in merito alla valutazione dei rischi;
- g) Coordinare gli incontri periodici sulla sicurezza;
- h) Informare gli RLS sugli esiti delle valutazioni in occasione delle riunioni periodiche.

Dirigenti

L'incarico di dirigente è attribuito tramite formale designazione dal DL, con l'indicazione delle attività che deve svolgere.

La designazione deve contenere, relativamente all'incarico:

- a) Data di conferimento e decorrenza;
- b) Requisiti che qualificano l'idoneità allo svolgimento delle attività (curriculum professionale ed attestati di formazione previsti dalla legislazione);
- c) Compiti e funzioni da svolgere.

Il DL comunica il nominativo del dirigente incaricato all'interno dell'azienda, tramite nota interna e/o affissione della designazione sull'albo aziendale.

Il dirigente si occupa di:

- a) Attuare le misure stabilite dal Datore di Lavoro, avvalendosi del supporto e orientamento delle altre figure responsabili;
- b) L'identificazione dei pericoli e la valutazione e controllo dei rischi.

Preposti

L'incarico di preposto è attribuito tramite delega di funzione dal DL, previa consultazione dei RLSA, con l'indicazione delle attività che deve svolgere. La designazione deve contenere, relativamente all'incarico:

- a) Data certa di conferimento e decorrenza;
- b) Requisiti che qualificano l' idoneità allo svolgimento delle attività (curriculum professionale ed attestati di formazione previsti dalla legislazione);
- c) Compiti e funzioni da svolgere.

Il DL comunica il nominativo del preposto incaricato all'interno dell'azienda, tramite nota interna e/o affissione della designazione sull'albo aziendale.

Il preposto si occupa di:

- Vigilare affinché siano attuate le misure stabilite dal Datore di Lavoro per l'analisi iniziale, l'identificazione dei pericoli e la valutazione e controllo dei rischi.

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

L'incarico di RSPP è attribuito tramite formale designazione dal DL, previa consultazione dei RLSA, con l'indicazione delle attività che deve svolgere.

La designazione deve contenere, relativamente all'incarico:

- a) Data di conferimento e decorrenza;
- b) Requisiti che qualificano l' idoneità allo svolgimento delle attività (curriculum professionale ed attestati di formazione previsti dalla legislazione);
- c) Compiti e funzioni da svolgere.

Il DL comunica il nominativo del RSPP incaricato all'interno dell'azienda, tramite nota interna e/o affissione della designazione sull'albo aziendale.

Il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dei rischi si occupa di:

- a) Collaborare con il Datore di Lavoro alle elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi;
- b) Coordinare gli interventi stabiliti dal Datore di Lavoro mediante il Servizio di Prevenzione e Protezione;
- c) Proporre nuove metodologie di analisi di rischio o confermare quelle esistenti;
- d) Coinvolgere i lavoratori nella ricerca delle fonti di pericolo presenti attraverso opportune procedure, tramite l'intervento degli RLS;
- e) Coadiuvare i lavoratori e i soggetti coinvolti nella gestione della SSL nella registrazione, nell'archiviazione, nella conservazione dei dati;
- f) Verificare l'implementazione e l'aggiornamento delle procedure del processo;
- g) Valutare gli incidenti, i quasi incidenti, gli indicatori.

Addetti al Servizio di Prevenzione, Protezione (ASPP)

La nomina degli ASPP avviene tramite designazione formale dal DL contenente la descrizione delle attività da svolgere, previa consultazione dei RLSA. La deliberazione deve contenere anche:

- Data di conferimento e decorrenza;

- Requisiti che qualificano l' idoneità alla funzione (curriculum professionale e attestati di formazione alla specifica attività).

Medico Competente

Il DL nomina il MC per lo svolgimento delle attività connesse alla sorveglianza sanitaria, secondo quanto previsto dalle leggi in materia; la nomina avviene tramite designazione formale dal DL contenente la descrizione delle attività da svolgere e gli elementi contrattuali dell'incarico:

- a) Data di conferimento e decorrenza;
- b) Requisiti che qualificano l' idoneità alla funzione;
- c) Sede per cui è conferito;
- d) Indicazione dei documenti consegnati.

Il DL comunica all'interno dell'azienda il nominativo del MC incaricato.

Il Medico competente si occupa di:

- a) Collaborare con il Datore di Lavoro ed il Servizio di Prevenzione e Protezione nelle attività di valutazione dei rischi e alla stesura del Documento di Valutazione;
- b) Effettuare la sorveglianza sanitaria;
- c) Elaborare i dati sulla salute degli operatori in modo da avviare lo studio per l'individuazione del nesso di causalità tra eventuali malattie sviluppatesi e gli agenti di rischio presenti nelle attività lavorative.

RLS

Il RLS viene eletto dai lavoratori, secondo quanto previsto dagli accordi interconfederali e dal CCNL, nonché della legislazione vigente. Nei casi in cui il RLS non viene eletto dai lavoratori, il datore di lavoro dovrà avvalersi del rappresentante dei lavoratori territoriale o di comparto (RLST).

L'Azienda prende atto della nomina e ne dà comunicazione ai Dirigenti Responsabili delle Strutture per la diffusione in Azienda, al Medico Competente, al RSPP ed annualmente all'INAIL.

Il rappresentante dei lavoratori si occupa di:

- a) Visitare gli ambienti di lavoro e informare il Datore di Lavoro sui rischi individuati;
- b) Promuovere l'attività di prevenzione mediante la presentazione di specifiche proposte;
- c) Partecipare agli incontri periodici sulla sicurezza.

Lavoratori

Le responsabilità dei lavoratori sono esplicate nel CCNL e nelle disposizioni operative (procedure, istruzioni, ecc.) relative ai ruoli ricoperti. I loro ruoli e responsabilità nel campo HSE sono oggetto di informazione e formazione specifica come previsto nei processi.

Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso

Il DL designa i dipendenti Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso appositamente formati compilando un apposito modulo di “Incarico Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso” su proposta dei Dirigenti Responsabili delle Strutture ed in accordo con il medico competente, previa consultazione dei RLSA.

Gli addetti alle emergenze ed al Primo Soccorso sono indicati nell’ “Elenco Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso” delle varie strutture. Gli elenchi sono costituiti da operatori dell'Azienda specificamente formati alla prevenzione incendi, evacuazione dei lavoratori ed al primo soccorso.

L’elevato tecnicismo dei perimetri oggetto di analisi, si rimanda per un attento approfondimento per ciò che concerne le procedure e i ruoli per l’attuazione delle misure, l’analisi e valutazione dei rischi nonché le relative procedure, al singolo documento di valutazione dei rischi (DVR) adottato ai sensi del D.lgs. n. 81/2008.

4.4. Modifiche ed integrazione del Modello

Il presente Modello, in conformità alle prescrizioni ex art. 6 co. 2 lett. a) del D.lgs. n. 231/2001 è un “atto di emanazione dell’organo dirigente” pertanto l’adozione dello stesso, così come le successive modifiche ed integrazioni sono rimesse alla competenza dell’Amministratore Unico del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.

In particolare, è demandato all'Amministratore Unico il compito di predisporre l'integrazione del presente Modello in ipotesi di ulteriori tipologie di reati che nuove previsioni normative colleghino all'ambito di applicazione del D.lgs. n. 231/2001, o in conseguenza di modifiche strutturali dell'organizzazione societaria.

5. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE CONTROLLO

Al fine di rendere le strutture organizzative sopra descritte conformi ai requisiti del D.lgs. n. 231/2001 sono stati attuati alcuni interventi integrativi.

In particolare, il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. ha adottato ed attuato il presente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo finalizzato ad

individuare, gestire, controllare e prevenire il rischio di commissioni di reati con riferimento alle previsioni del Decreto e successive modifiche, attraverso tali punti:

- L'attribuzione ad un Organismo di Vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, avente il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, di curarne l'aggiornamento e di suggerire gli adattamenti alle procedure di controllo esistenti per renderle coerenti con i dettami del D.lgs. n. 231/2001 (si rimanda in dettaglio al Capitolo 8);
- L'evidenziazione delle "Aree Sensibili" rispetto all'operatività aziendale ovvero degli ambiti applicativi che presentano un maggior rischio di commissione dei reati per i quali è prevista la responsabilità amministrativa dell'ente, sui quali focalizzare in via prioritaria le attività di verifica nonché l'individuazione dei criteri sulla base dei quali estendere l'ambito di applicazione del Modello in conseguenza dell'eventuale ampliamento dell'ambito della responsabilità amministrativa;
- La previsione di specifiche procedure dirette a programmare la formazione e l'attuazione delle rispettive decisioni del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. in relazione alle prevenzioni di comportamenti illeciti;
- L'individuazione di modalità di gestione idonee a prevenire comportamenti illeciti;
- L'individuazione di obblighi di informazione a carico dell'Organismo di Vigilanza.

Non risulta essere obiettivo del presente documento quello di riprodurre e/o di sostituire la normativa interna in vigore, che rimane naturalmente applicabile. Nel caso di apparente contrasto tra la normativa interna e le regole contenute all'interno del Modello

Organizzativo di Gestione e Controllo, l'Organismo di Vigilanza segnalerà la situazione all'Amministratore Unico che adotterà gli opportuni provvedimenti.

5.1. Le regole di funzionamento e approvazione del Modello

Analogamente a quanto avviene per il governo del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., le responsabilità di gestione ed attuazione del Modello sono ripartite tra i vari organi aziendali al fine di assicurarne:

- Il corretto funzionamento in termini di prevenzione, gestione e controllo;
- Lo sviluppo ed il mantenimento dell'efficacia nel tempo.

Solo nel rispetto di tali criteri il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo potrà dispiegare tutti i suoi effetti, approntando nei confronti della Società un sistema trasparente, efficace ed efficiente.

Infine, l'Assemblea dei Soci approva il Modello di Organizzazione, nomina l'Organismo di Vigilanza che regola l'attività ovvero assume la responsabilità di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, richiederne l'aggiornamento e di suggerire gli adattamenti alle procedure di controllo esistenti per renderle coerenti con i dettami del D.lgs. n. 231/2001.

Infine, il presente Modello di Organizzazione, a seguito dell'effettiva approvazione in sede di delibera societaria, diviene obbligatorio nei confronti di tutte le persone che operano in nome e per conto del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.

Non è previsto un termine di scadenza per tale Modello Organizzativo.

5.2. *Ruoli e responsabilità nella gestione del Modello*

L'Assemblea dei Soci, nell'ambito dei poteri loro attribuiti:

- Approvano il Modello;
- Individuano e nominano l'Organismo di Vigilanza che, nell'ambito delle responsabilità più generali di controllo assegnate, dà conto, periodicamente, sulle attività svolte e sulle relative risultanze;
- Deliberano, su proposta dell'Organismo di Vigilanza ovvero su sua autonoma iniziativa, le modifiche che renda necessario od opportuno apportare al Modello.

Il **Datore di lavoro** del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., nell'ambito della propria organizzazione aziendale, ai fini della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, sono responsabili dell'attuazione di quanto previsto dal presente Modello di Organizzazione nelle rispettive Parti Speciali.

I rispettivi **Responsabili delle Unità Organizzative** del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., sia di livello direzionale sia dei servizi di staff, ai fini dell'attuazione del presente Modello Organizzativo:

- Attuano un'efficace gestione dell'operatività e dei rischi connessi;
- Verificano la continua funzionalità, efficacia ed efficienza dei processi di competenza;
- Individuano e valutano i fattori da cui possono derivare rischi di commissioni di reati;
- Stabiliscono canali di comunicazione efficaci al fine di assicurare che tutto il personale sia a conoscenza delle politiche e delle procedure relative ai propri compiti e responsabilità;
- Definiscono flussi informativi volti ad assicurare piena conoscenza e governabilità dei fatti aziendali.

Al **Personale** di ciascun settore operativo, ai fini dell'attuazione del presente Modello di Organizzazione, sono attribuiti, ove necessario attraverso meccanismi di delega, specifici compiti e relative responsabilità.

Il personale, nello specifico, deve assicurare lo svolgimento delle attività di propria competenza in conformità con le disposizioni normative interne, evidenziando eventuali comportamenti anomali o comunque difformi dagli rispettivi standard attesi dal Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.

Ancora, coloro che operano in unità organizzative le cui attività rientrano delle "Aree Sensibili" devono prestare la massima cura nello svolgimento delle predette attività onde evitare i danni che potrebbero derivare alle rispettive entità legali in caso di commissione di reati ed in particolare sulle sanzioni previste dal D.lgs. n. 231/2001.

L'Organismo di Vigilanza, diversamente:

- Verifica che il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. sia dotato di procedure interne idonee a garantire il funzionamento del Modello ed il rispetto dei dettami del D.lgs. n. 231/2001;
- Vigila sul funzionamento e l'osservanza del Modello;
- Verifica l'aggiornamento del Modello e suggerisce l'adeguamento delle procedure, coerentemente con il D.lgs. n. 231/2001, con le evoluzioni della normativa e con le modifiche strutturali aziendali;
- Informa sulla questione l'Assemblea dei Soci, ed in particolare l'Amministratore Unico nell'ambito delle proprie relazioni periodiche ordinarie.

5.3. I contratti esterni

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. affida temporaneamente in outsourcing: vedi **Parte Speciale IV**

5.4. Collocazione del Modello nella normativa interna

Il Modello di Organizzazione Gestione e di Controllo, una volta approvato dall'Assemblea dei Soci costituisce normativa del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone

s.r.l. e diventa applicabile nei confronti di tutti i soggetti previsti dalla legge e dal presente Modello.

Al fine di presidiare nel miglior modo possibile la coerenza fra quanto previsto nel presente Modello e le prassi operative in essere presso la Società, l'Assemblea dei Soci provvede all'eventuale adeguamento delle proprie procedure operative.

6. IDENTIFICAZIONE NEL DETTAGGIO DELLE AREE SENSIBILI

Al fine di identificare le aree nelle quali è maggiore il rischio che siano posti in essere comportamenti illeciti è stato adottato il procedimento descritto nel Capitolo 4.

In sintesi:

- L'individuazione *ex ante* delle condotte sanzionabili in relazione ai reati per i quali è prevista la responsabilità amministrativa;
- L'identificazione delle "Aree Sensibili", cioè quelle nel cui ambito è più alto il rischio che siano posti in essere comportamenti illeciti previsti dalle disposizioni ex D.lgs. n. 231/2001;
- La valutazione dei processi applicati alle "Aree Sensibili" e dei presidi di controllo esistenti;
- L'attribuzione all'Organismo di Vigilanza del compito di monitorare e, se necessario, aggiornare le aree individuate dal gruppo di progetto.

Si elencano di seguito le "Aree Sensibili" identificate *ex ante* dal Modello sulla base della normativa attualmente in vigore:

AREA SENSIBILE 1

Gestione o partecipazione alla procedura di ottenimento delle autorizzazioni e/o licenze da Enti pubblici in generale. Gestione del patrimonio immobiliare.

AREA SENSIBILE 2

Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione centrale o locale nella pianificazione e gestione degli interventi.

AREA SENSIBILE 3

Altri rapporti con la Pubblica Amministrazione non rientranti fra quelli precedentemente indicati, riferendosi alle molteplici occasioni di relazione, contatto e collaborazione operativa che si verifica tra la P.A. e il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.

AREA SENSIBILE 4

Gestione dei rapporti con le autorità garanti (es. Privacy, etc.).

AREA SENSIBILE 5

Gestione adempimenti ed operazione in materia societaria: svolgimento di mansioni di segreteria a supporto dell'Assemblea dei Soci; partecipazione, anche indiretta, al procedimento inerente agli atti di disposizione dei beni sociali.

AREA SENSIBILE 6

Predisposizione del bilancio, relazioni o comunicazioni sociali e rapporti con la Perla Holding s.r.l.: partecipazione, anche indiretta, alla redazione di relazioni, bilanci o altre comunicazioni sociali previste dalla legge; partecipazione o contributo alla predisposizione di relazioni o comunicazioni sociali.

AREA SENSIBILE 7

Gestione procedimenti giudiziari e arbitrari.

AREA SENSIBILE 8

Sistema di attribuzione della responsabilità e organizzazione della sicurezza.

AREA SENSIBILE 9

Utilizzo di risorse ed informazioni di natura informatica o telematica: gestione e controllo rete informatica: predisposizione e gestione dei documenti informatici aventi valenza probatoria.

AREA SENSIBILE 10

Sistema di attribuzione dei controlli e della manutenzione dei macchinari (es. TAC, RM etc.).

AREA SENSIBILE 11

Gestione del personale: gestione della selezione del personale subordinato e parasubordinato; gestione di finanziamenti pubblici in materia di avviamento, aggiornamento e formazione professionale; utilizzazione di lavoratori, sgravi contributivi per personale addetto all'attività produttiva.

AREA SENSIBILE 12

Negoziazione/stipulazione e gestione contratti con soggetti privati (beni, servizi, consulenza etc.).

AREA SENSIBILE 13

Controllo dell'attività di finanziamento o di trasferimento liquidità a terzi (gestione cassa, pagamenti, banche, etc.).

AREA SENSIBILE 14

Gestione dei rapporti con interlocutori terzi, pubblici o privati, nello svolgimento delle proprie attività lavorative per conto e/o nell'interesse della Società.

AREA SENSIBILE 15

Gestione dei processi amministrativo – contabile e dei flussi finanziari.

AREA SENSIBILE 16

Gestione dei rifiuti sanitari (trasporto, deposito, smaltimento, etc.).

7. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. al fine di compiere una corretta applicazione del Modello Organizzativo predispone una ricca ed efficiente rete di informazioni e formazioni verso il proprio personale rendendolo, pertanto, edotto non solo della normativa interna del D.lgs. n. 231/2001 ma anche delle corrette procedure societarie affinché l'ente vada esente da responsabilità.

7.1. Formazione del Personale

Nella definizione delle modalità di comunicazione interna e formazione del personale, il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. si pone distintamente l'obiettivo di poter escludere che un soggetto operante all'interno della propria compagine societaria o per suo conto possa giustificare la propria condotta adducendo la mancanza di conoscenza delle regole aziendali.

In modo particolare, i principi guida che hanno ispirato le due entità legali nella definizione del proprio programma formativo e di comunicazione sono i seguenti:

- **Pervasività**: viene previsto il coinvolgimento di tutti coloro che operano in nome e per conto del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.;
- **Documentabilità**: al termine delle sessioni formative, è dimostrabile l'avvenuta fruizione della formazione e l'assimilazione dei concetti esposti;
- **Responsabilizzazione**: al termine della formazione, il personale è formato e responsabilizzato sulla necessità di tenere comportamenti conformi a quanto previsto dal Modello Organizzativo di Gestione e Controllo.

I soggetti destinatari della formazione/sensibilizzazione sono tutti coloro che operano in nome e per conto del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., indipendentemente dal tipo di contratto di lavoro che li lega all'organizzazione aziendale stessa. Prevedo, inoltre, la facoltà in capo ad ogni destinatario della formazione di scaricare e stampare il Modello di Organizzazione e il testo del D.lgs. n. 231/2001.

L'attività di formazione, finalizzata a diffondere la conoscenza della normativa di cui al D.lgs. n. 231/2001, è differenziata nei contenuti e nelle modalità di erogazione in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio delle aree in cui operano, dell'aver o meno funzioni di rappresentanza della Società.

Per alcuni ruoli "chiave", individuati in concerto con l'Organismo di Vigilanza, le predette attività formative sono integrate con corsi di formazione specifici.

Infine, i collaboratori esterni verranno sensibilizzati rispetto alla posizione assunta dal Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. in materia di responsabilità amministrativa degli enti, sia mediante comunicazione appositamente predisposta, sia mediante le apposite clausole che saranno incluse nella contrattualistica che regola il rapporto tra la Società e il collaboratore stesso.

Per alcuni collaboratori chiamati a svolgere mansioni particolarmente delicate ai fini del D.lgs. n. 231/2001 e individuati in concerto con l'Organismo di Vigilanza, si provvederà a definire una formazione mirata.

In ogni caso, la documentazione rilevante ai fini del D.lgs. n. 231/2001 sarà disponibile all'interno della rete internet aziendale.

7.2. Comunicazione verso i dipendenti

All'atto di adozione da parte dell'Assemblea dei Soci del presente Modello di Organizzazione e successivi aggiornamenti, il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l., nell'ambito della propria organizzazione, provvede a dare comunicazione formale ai propri dipendenti dell'avvenuta approvazione del Modello rendendo disponibile una copia della Parte Generale nonché delle Parti Speciali sia presso la bacheca informativa sia sulla propria rete internet.

7.3. Comunicazione verso l'esterno

L'unità organizzativa responsabile della comunicazione verso l'esterno provvede a definire, in concerto con l'Organismo di Vigilanza, i più opportuni meccanismi per dare pubblicità all'avvenuta approvazione del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo.

8. L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'efficacia esimenti di un Modello di Organizzazione Gestione e Controllo per la prevenzione dei reati presupposto ai sensi del D.lgs. n. 231/2001, che sia stato adottato ed

efficacemente attuato, è anche subordinata all'istituzione di un Organismo interno all'ente stesso a cui sia affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché incentivarne l'aggiornamento.

Il D.lgs. n. 231/2001 non fornisce indicazioni circa la composizione dell'Organismo di Vigilanza; in assenza di ciò il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. ha ritenuto di attenersi alle indicazioni fornite dalla giurisprudenza, dalla dottrina e dalle Linee Guida di categoria applicabili (Linee Guida Confindustria).

Pertanto, tenuto conto che la composizione dello stesso deve modularsi sulla base delle dimensioni, del tipo di attività e della complessità organizzativa dell'ente e che l'art. 6, co. 4 e 4-*bis* del D.lgs. n. 231/2001 consente alle imprese di piccole dimensioni di affidare i compiti di Organismo di Vigilanza direttamente all'organo Dirigente o al Collegio Sindacale, il Centro di Radiologia Medica e Terapia Fisica Morrone s.r.l. ha optato di affidare tali funzioni ad un Organismo di Vigilanza monocratico formato da un soggetto esterno nell'ambito di una razionalizzazione dei compiti di controllo, stando ferme le caratteristiche e tenendo sempre nella dovuta considerazione l'obiettivo di garantire le esigenze di efficienza ed efficacia complessiva del sistema di controllo interno.

L'Organismo di Vigilanza così formato, consentirebbe di massimizzare le sinergie, eliminando duplicazioni e assicurando l'adeguatezza dei flussi informativi.

Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. al fine di ottemperare a tali coordinare ed adeguare il proprio sistema interno alle esigenze del Modello Organizzativo prevede che l'incarico di Organismo di Vigilanza al soggetto esterno alla compagine societaria abbia una durata pari a 3 anni rinnovabili.

8.1. *Requisiti dell'Organismo di Vigilanza*

Indipendentemente dalla composizione monosoggettiva o plurisoggettiva dell'Organismo di Vigilanza e dall'affidamento delle sue funzioni al Collegio Sindacale o a un Dirigente, la giurisprudenza di legittimità e le Linee Guida di Confindustria hanno statuito i requisiti a cui lo stesso deve rispondere per poter svolgere efficacemente ed efficientemente il proprio ruolo di garanzia:

Autonomia e indipendenza:

- Le attività di controllo non sono sottoposte ad alcuna forma di interferenza e/o di condizionamento da parte di soggetti interni al Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.;
- L'Organismo di Vigilanza riferisce direttamente ai vertici operativi aziendali, ossia all'Assemblea dei Soci e all'Amministratore Unico;
- All'Organismo di Vigilanza non sono attribuiti compiti operativi, né partecipa a decisioni ed attività operative, al fine di tutelare e garantire l'obiettività del suo giudizio;
- L'Organismo di Vigilanza è autorizzato ad accedere a tutte le funzioni aziendali per raccogliere le informazioni ed i dati necessari allo svolgimento dei propri compiti;
- Le regole di funzionamento interno dei compiti di Organismo di Vigilanza sono definite ed adottate dallo stesso organismo attraverso un apposito Regolamento;
- All'Organismo di Vigilanza vengono concesse adeguate risorse finanziarie necessarie per il corretto svolgimento delle proprie attività;

Professionalità:

Il connotato della professionalità, oltre ad essere adeguato, deve essere riferito al bagaglio di competenze sia sotto il profilo dell'attività ispettiva e di analisi del sistema di controllo, sia sotto il profilo delle competenze giuridiche per svolgere efficacemente l'attività di Organismo di Vigilanza.

Onorabilità:

- Il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. prevede che una condannato in via definitiva per reati – presupposto ex D.lgs. n. 231/2001 sia elemento di ineleggibilità alle funzioni di Organismo di Vigilanza o revoca qualora il soggetto ne fosse già componente;
- L'assenza di conflitti di interessi: negli stessi termini previsti dalla Legge con riferimento all'Amministratore Unico e ai membri del Collegio Sindacale.

Continuità ed efficacia dell'azione:

- L'Organismo di Vigilanza diviene operativo al momento dell'attuazione del Modello Organizzativo;
- L'Organismo di Vigilanza deve conoscere puntualmente le attività sociali e rischi dell'ente; le relazioni non possono essere eccessivamente generiche; il regolamento per le funzioni di Organismo di Vigilanza viene approvato direttamente dall'ente stesso, il quale dovrà contenere modalità e tempistiche di attuazione delle attività ispettive.

8.2. *Le funzioni e le attività dell'Organismo di Vigilanza*

Al fine di garantire il funzionamento e l'osservanza del Modello, l'Organismo di Vigilanza è tenuto a:

- a. Verificare l'adeguatezza del Modello, ossia la sua reale capacità di prevenire i comportamenti non voluti;
- b. Vigilare sull'effettività del Modello, ossia verificare la coerenza tra i comportamenti concreti ed il modello istituito;
- c. Verificare il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Modello;
- d. Curare il necessario aggiornamento in senso dinamico del Modello, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti, attraverso:
 - Presentazioni di proposte di adeguamento del Modello agli organi/funzioni aziendali in grado di darne concreta attuazione;
 - *Follow – up*, ossia verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte;
 - Richiedere una consulenza esterna per l'aggiornamento del Modello.
- e. Monitorare e, anche richiedendo l'ausilio delle funzioni societarie preposte, promuovere iniziative idonee alla diffusione, conoscenza e comprensione del

Modello e, ove richiesto, rispondere alle domande di istruzione, chiarimenti o aggiornamento;

- f.** Monitorare e proporre l'aggiornamento della mappatura delle aree di attività a rischio, con la collaborazione delle funzioni aziendali coinvolte;
- g.** Verificare l'efficienza ed efficacia del Modello a prevenire ed impedire la commissione dei reati di cui al D.lgs. n. 231/2001;
- h.** Assicurare flussi informativi di competenza verso l'Assemblea dei Soci e l'Amministratore Unico;
- i.** Verificare e valutare l'idoneità del sistema disciplinare alla luce del D.lgs. n. 231/2001, nonché la sua applicazione;
- j.** Verificare il rispetto delle modalità e delle procedure previste dal Modello, rilevando gli eventuali scostamenti comportamentali anche in base all'analisi dei flussi informativi e delle segnalazioni ricevute;
- k.** Effettuare periodicamente, nell'ambito delle aree di rischio, verifiche su determinate operazioni o atti specifici posti in essere nelle aree di attività a rischio, con l'ausilio delle altre funzioni aziendali per un costante e migliore monitoraggio delle attività svolte in tali aree;
- l.** Espletare indagini interne per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del Modello;
- m.** Ricevere e gestire le segnalazioni da parte di esponenti societari o di terzi in relazione ad eventuali criticità del Modello, violazioni dello stesso e/o a qualsiasi situazione che possa esporre il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l. a rischio di reato;

- n. Verificare che quanto previsto nelle Parti Speciali del Modello, in relazione alle tipologie di reati, risponda in modo adeguato al D.lgs. n. 231/2001;
- o. Formulare proposte di adeguamento e di aggiornamento del Modello all'Assemblea dei Soci con particolare riguardo alle modifiche ed integrazioni necessarie in conseguenza di significative violazioni delle prescrizioni del Modello e/o significative variazioni dell'assetto interno del Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.;
- p. Segnalare all'Assemblea dei Soci gli opportuni provvedimenti e le eventuali violazioni accertate del Modello;
- q. Redigere ed approvare un proprio Regolamento interno;
- r. Redigere ed approvare annualmente il Piano delle attività e delle funzioni su cui in seguito i vertici societari commisureranno un budget.

8.3. *Poteri dell'Organismo di Vigilanza*

Al fine di una corretta ed efficiente applicazione del Modello Organizzativo, vengono riconosciuti all'Organismo di Vigilanza anche il potere di:

- Accedere a tutta la documentazione rilevanti all'efficace rispetto del Modello;
- Compiere nell'ambito delle aree di rischio controlli sull'effettiva osservanza delle procedure e degli altri sistemi di controllo esistenti;

- Disporre l'audizione del personale dipendente al fine di avere informazioni utili in merito allo svolgimento dell'attività societaria onde evitare l'integrazione dei reati D.lgs. n. 231/2001.

Inoltre, tali attività, oltre ad essere documentate in maniera formalizzata, dettagliata e non analitica o riassuntiva, sono insindacabili da parte di qualsiasi organismo societario, fatto salvo, comunque, l'obbligo di vigilanza a carico dell'Assemblea dei Soci i quali sono responsabili del funzionamento e dell'efficacia del Modello.

8.4. Obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

Conformemente a quanto disposto dall'art. 6, co. 2. lett. d) del D.lgs. n. 231/2001, oltre alle segnalazioni sopra descritte, deve essere trasmessa all'Organismo di Vigilanza, da parte dell'Assemblea dei Soci e delle funzioni aziendali apicali, ogni altra informazione utile allo svolgimento dell'attività di vigilanza e verifica sull'osservanza del Modello, nonché sul suo funzionamento e la sua corretta attuazione.

Le funzioni societarie che operano nell'ambito di processi e/o attività sensibili, sono pertanto tenute ad attestare periodicamente all'Organismo di Vigilanza, per gli aspetti di competenza:

- a. Che le analisi di rischio in tema di responsabilità amministrativa degli enti siano veritiere e aggiornate;

- b.** Che i protocolli di controllo previsti dalla Parte Speciale I del Modello Organizzativo a presidio del rischio di commissione dei reati del D.lgs. n. 231/2001 sono efficacemente attuati;
- c.** Che i flussi informativi previsti dal Modello o richiesti dall'Organismo di Vigilanza sono stati trasmessi allo stesso Organismo;
- d.** Di non essere a conoscenza di fatti o eventi relativi a violazioni e/o condotte non conformi al Modello della Società, ovvero che fatti o eventi di tale natura sono stati comunicati all'Organismo di Vigilanza;
- e.** Eventuali modifiche all'organizzazione o alle procedure aziendali;
- f.** Eventuali anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili che possano suggerire la presenza di rischi in merito alla commissione di reati da parte di esponenti o personale aziendale, ovvero:
- Operazioni percepite come a rischio;
 - Provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra Autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati o illeciti amministrativi rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa degli enti e che possono coinvolgere il Centro di Radiologia Medica e di Terapia Fisica Morrone s.r.l.;
 - Richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario nei loro confronti ed in relazione ai reati rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa degli enti, salvo espresso divieto dall'Autorità giudiziaria;

- Ogni incidente accaduto che comporto un infortunio o malattia superiore ai 40 giorni;
- Ogni modifica sostanziale apportata al documento di valutazione dei rischi ex D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. avvenuta successivamente al primo invio del documento stesso;
- Ogni altra informazione che, sebbene non ricompresa nell'elenco che precede, risulti rilevante ai fini di una corretta e completa attività di vigilanza ed aggiornamento del Modello;
- Gestire un proprio budget commisurato al Piano delle attività e delle funzioni che si dovranno eseguire nel corso dell'anno il quale potrà essere eventualmente superato al solo verificarsi di situazioni critiche che richiedano un'immediata reazione.

In ogni caso, con riferimento al predetto elenco di informazioni, è demandato all'Organismo di Vigilanza il compito di richiedere, se necessario od opportuno, eventuali modifiche ed integrazioni delle informazioni da fornirsi.

Le eventuali segnalazioni potranno essere trasmesse, anche in forma anonima, tramite posta elettronica al seguente indirizzo: **odv.centromorrone@pec.it**

A tal uopo, si rammenta che si dovrà garantire la riservatezza di chi segnala eventuali violazioni con sistemi e i mezzi più appropriati; deve essere inoltre garantita l'immunità dei soggetti che effettuano eventuali segnalazioni, con particolare riguardo ad indebite forme di ritorsione nei loro confronti.

8.5. *Obblighi di informazione dell'Organismo di Vigilanza*

L'Organismo di Vigilanza riferisce all'Assemblea dei Soci e all'Amministratore Unico in merito all'emersione di eventuali aspetti critici e alla necessità di interventi modificativi.

In particolare:

- Su richiesta riferisce sullo stato di attuazione del Modello e sugli eventuali significativi interventi nel periodo;
- Predispose con cadenza mensile una relazione scritta riepilogativa dell'attività svolta da inoltrare all'Assemblea dei Soci e all'Amministratore Unico;
- Riferisce per iscritto, immediatamente, all'Assemblea dei Soci e all'Amministratore Unico in caso di situazioni straordinarie (es: notizie di significative violazioni dei contenuti del Modello, innovazioni legislative in materia di responsabilità amministrativa degli enti, necessità di apportare variazioni al Modello, etc.);
- Riferisce per iscritto, alla fine di ogni anno ed allegando le relative documentazioni, le entrate e le uscite in riferimento al budget assegnato.

Infine, gli incontri con tutte le compagne aziendali a cui partecipa l'Organismo di Vigilanza devono essere documentati.

8.6. *L'Internal Auditing*

Il Centro di Radiologia e Terapia Fisica Morrone s.r.l., predispone la nomina di un Internal Audit, ovvero di una figura interna alla compagine societaria avente il compito di coadiuvare l'Organismo di Vigilanza supportandone le comunicazioni, i flussi informativi nonché ogni altra attività spettante allo stesso, al fine di una completa attuazione del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo.

Il ruolo di Internal Audit, pertanto, rappresenta un *trait d'union* tra l'OdV e la struttura aziendale garantendo, al contempo, la massima efficacia ed efficienza dell'organo di controllo, predisponendo, tra i suoi compiti il:

1. Verificare ed assicurare l'adeguatezza in termini di efficacia ed efficienza del Sistema di Controllo Interno;
2. Accertare che tale sistema fornisca ragionevoli garanzie affinché la Società possa conseguire in modo efficace ed efficiente i propri obiettivi.

Per assicurarne la massima indipendenza l'Audit:

- Deve possedere una comprovata esperienza professionale nell'attività ispettiva e di controllo;
- Non deve essere titolare di alcuna unità operativa all'interno della Società;
- Deve riferire periodicamente al Consiglio dei Soci, all'Amministratore Unico e all'OdV ogni questione circa la tenuta e l'efficacia del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo;

- Può essere nominato e revocato solo previo parere del Consiglio dei Soci e del Collegio Sindacale;
- Ha accesso a tutte le informazioni aziendali della Società.

L'Internal Audit inoltre, partecipa alle riunioni dell'Organismo di Vigilanza assicurando, in tal modo, la necessaria continuità d'azione nell'attività di vigilanza sul rispetto del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo nonché sulla coerenza dello stesso con la regolamentazione interna.

A tal fine, è suo dovere informare i vertici aziendali circa le azioni in corso e gli eventi che possano avere rilevanza ai fini dell'idoneità e dell'efficace attuazione del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo.

Inoltre, assicura un'informativa continua e tempestiva per i fatti di maggior rilievo all'Amministratore Unico, al Collegio Sindacale e ai responsabili dei settori interessati al fine di una pronta ed efficace risoluzione delle questioni afferenti al Modello Organizzativo di Gestione e Controllo.

8.7. Archiviazione della documentazione

L'Organismo di Vigilanza cura ed è responsabile dell'archiviazione della propria documentazione.

È compito del suddetto organo approntare procedure per:

- La gestione ed archiviazione ordinaria dei verbali che documentano i propri lavori;

- La gestione ed archiviazione ordinaria delle versioni successive dei documenti che compongono o descrivono il Modello di Organizzazione Gestione e Controllo, in modo tale da assicurare la ricostruibilità in ogni momento delle versioni in vigore ad una data definita;
- La gestione ed archiviazione ordinaria dei documenti da esso prodotti (rapporti, analisi, valutazioni, etc.) insieme alle carte di lavoro appropriate e rilevanti che ne supportino i contenuti e le conclusioni.

8.8. *Whistleblowing Policy and Procedure*

Con l'adozione del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo, il **Centro di Radiologia Medica e Terapia Fisica Morrone S.r.l.**, in recepimento delle direttive dettate dalla L. n. 179/2017, si è dotata di una procedura volta a disciplinare la facoltà e il modo in cui qualsiasi stakeholder della Società possa promuovere segnalazioni volte a denunciare eventuali irregolarità e/o violazioni di Leggi, Regolamenti e/o procedure che possano configurare un danno patrimoniale e/o di immagine all'azienda.

La formalizzazione di tale protocollo si è resa necessaria anche in considerazione delle modifiche apportate dalla norma sopra citata all'art. 6 del D.lgs. n. 231/2001, disponendo che i Modelli di Gestione e Controllo debbano specificatamente prevedere:

- a) “Uno o più canali che consentano ai soggetti apicali e subordinati di presentare – a tutela dell'integrità dell'ente – segnalazioni circostanziate di condotte illecite (rilevanti ai sensi della "231" e fondate su elementi di fatto precisi e

concordanti) o di violazioni dello stesso Modello di organizzazione e gestione, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte;

- b) Almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del *whistleblower*;
- c) Il divieto di atti di ritorsione o discriminatori (diretti o indiretti) nei confronti del *whistleblower*, per motivi collegati (direttamente o indirettamente) alla segnalazione.”

In considerazione della sensibilità del tema per l'azienda, il **Centro di Radiologia Medica e Terapia Fisica Morrone S.r.l.** ha individuato nell'Organismo di Vigilanza *ex* D.lgs. n. 231/2001 i soggetti idonei a raccogliere le segnalazioni che dovessero essere avanzate.

