

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231



Parte Generale

Identificativo	Edizione	Revisione	Data
MOG	00	00	2012
MOG	01	01	2015
MOG	01	02	2019
MOG	01	03	2022

INDICE

DEFINIZIONI	4
PARTE GENERALE	6
A. IL QUADRO NORMATIVO	6
1. Introduzione	6
2. I reati presupposto	6
3. Criteri di imputazione della responsabilità all'ente	6
4. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo	8
5. I reati commessi all'estero	8
6. Le Sanzioni	9
7. Responsabilità dell'ente e vicende modificative	10
B. IL MODELLO NOMETANA HOSPITAL	12
1. Funzione del Modello	12
2. Linee Guida	12
3. Principi ispiratori del Modello	12
4. Struttura del Modello	13
5. Rapporto tra Modello e Codice Etico	13
6. Assetto Organizzativo	13
7. Criteri per l'adozione del Modello	14
8. Reati rilevanti per la Società	14
9. Destinatari del Modello	14
10. Adozione del Modello.	15
11. Integrazione e modifica del Modello.	15
12. Organismo di Vigilanza	15
12.1 Funzione	15
12.2 Requisiti	16
12.2.1 Onorabilità	16
12.2.2 Professionalità	16
12.2.3 Autonomia ed indipendenza	16
12.2.4 Continuità di azione	17
12.3 Composizione, nomina e permanenza in carica	17
12.4 Revoca	17
12.5 Compiti e poteri	18
13. Flussi informativi dall'Organismo di Vigilanza agli organi sociali	19
14. Flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza	20
15. Il sistema sanzionatorio	21
15.1 Principi Generali	21
15.2 Violazione del Modello e del Codice Etico	22
15.3 Sanzioni e misure disciplinari	23
15.3.1 Sanzioni nei confronti dei Dipendenti	23
15.3.2 Sanzioni nei confronti dei Dirigenti	24

15.3.3 Sanzioni nei confronti degli Amministratori	24
15.3.4 Sanzioni nei confronti dei Sindaci	25
15.3.5 Sanzioni nei confronti di collaboratori e soggetti esterni operanti su mandato della Società	25
16. Comunicazione e formazione	25
16.1 Comunicazione	25
16.2 Formazione	26
17. Protocolli di Prevenzione Generali	26
17.1 Principi Generali di Prevenzione	26
17.2 Protocolli di Prevenzione Generali	27
17.3 Protocolli relativi all'osservanza delle sanzioni interdittive	29

Allegato 1 alla Parte Generale - Tabella di associazione Attività sensibili / Parti Speciali

PARTE SPECIALE A - REATI NEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

PARTE SPECIALE B - REATI SOCIETARI

PARTE SPECIALE C - REATI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

PARTE SPECIALE D - REATI DI RICETTAZIONE, RICICLAGGIO E IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA, AUTORICICLAGGIO

PARTE SPECIALE E - REATI CONTRO LA PERSONALITÀ INDIVIDUALE

PARTE SPECIALE F - REATI INFORMATICI

PARTE SPECIALE G - DELITTI DI CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E REATI TRANSNAZIONALI

PARTE SPECIALE H - FALSITÀ IN STRUMENTI O SEGNI DI RICONOSCIMENTO E DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO

PARTE SPECIALE I - DELITTI IN MATERIA DI VIOLAZIONE DEL DIRITTO D'AUTORE

PARTE SPECIALE L - INDUZIONE A NON RENDERE O A RENDERE DICHIARAZIONI MENDACI ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

PARTE SPECIALE M - REATI AMBIENTALI

PARTE SPECIALE N - IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO È IRREGOLARE

PARTE SPECIALE O – CORRUZIONE TRA PRIVATI

PARTE SPECIALE P – REATI TRIBUTARI

ALLEGATO 1 - ASSETTO ORGANIZZATIVO

ALLEGATO 2 - AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

ALLEGATO 3 - CODICE ETICO DI NOMENTANA HOSPITAL

ALLEGATO 4 - DECRETO LEGISLATIVO 231/2001

DEFINIZIONI

- *AIOP*: Associazione Italiana Ospedalità Privata;
- *Attività sensibili*: attività aziendali nel cui ambito potrebbe presentarsi il rischio di commissione di uno dei reati espressamente richiamati dal Decreto;
- *Attività sensibile*: parte o fase di un processo aziendale, nel cui ambito si possono configurare le condizioni, le occasioni o i mezzi per la commissione di reati di cui al Decreto Lgs. n. 231/2001 e successive modifiche e integrazioni.
- *CCNL*: contratto applicato da Nomentana Hospital sia con riferimento al contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale medico, sia con riferimento al contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale non medico dipendente da strutture sanitarie, case di cura, Irccs, presidi e centri di riabilitazione associati all'Aiop, all'Aris e alla Fondazione Don Gnocchi, sia con riferimento al contratto collettivo nazionale per dirigenti d'azienda del commercio;
- *Codice Etico*: il Codice Etico di Nomentana Hospital (Allegato n. 3);
- *Consulenti*: coloro che agiscono in nome e/o per conto di Nomentana Hospital sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale;
- *Decreto*: il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e successive modifiche e integrazioni ;
- *Dipendenti*: tutti i dipendenti (compresi i dirigenti) di Nomentana Hospital;
- *Linee Guida*: le linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. 231/2001 approvate da Confindustria e da AIOP;
- *Medici*: tutti i medici di Nomentana Hospital;
- *Modello*: il presente modello di organizzazione, gestione e controllo;
- *Nomentana Hospital o Società*: Centro di Sanità S.p.A.;
- *Organismo di Vigilanza (OdV)*: l'organismo di cui all'art. 6, lettera b) del Decreto;
- *P.A.*: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari ed i soggetti incaricati di pubblico servizio;
- *Partner*: le controparti contrattuali di Nomentana Hospital, quali ad esempio le società di servizio, sia persone fisiche sia persone giuridiche, con cui la società addivenga ad una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata, ove destinate a cooperare con l'azienda nell'ambito delle Attività Sensibili;
- *Procedura*: norma organizzativa che descrive ruoli, responsabilità, regole decisionali e modalità operative di realizzazione di un processo aziendale o di una sequenza di attività;
- *Processo sensibile*: un insieme di attività interrelate, svolte all'interno dell'azienda in sequenza e/o in parallelo, che partendo da un dato *input* permettono di raggiungere un determinato *output*, e nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei reati di cui al Decreto Lgs. n. 231/2001 e successive modifiche e integrazioni.
- *Protocolli di prevenzione*: protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;

- *Reati presupposto*: gli specifici reati individuati dal Decreto da cui può derivare la responsabilità amministrativa dell'ente, nonché, per quanto ad essi assimilabili, gli specifici illeciti amministrativi in relazione ai quali è prevista l'applicazione delle norme contenute nello stesso Decreto;
- *Responsabili di Processo*: i responsabili del processo cui fanno capo le Attività Sensibili;
- *Responsabili Interni per le Attività Sensibili*: i responsabili delle unità organizzative cui fanno capo le Attività Sensibili;
- *Soggetti apicali*: persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione della Società o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, o che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo della Società;
- *Soggetti subordinati*: persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti apicali;
- *TUF*: il Decreto Legislativo 24 febbraio 1998 n. 58 (Testo Unico della Finanza) e successive integrazioni e modifiche;
- *Unità operative*: si intendono le Filiali che hanno la gestione operativa di uno o più contratti, e/o le commesse dirette;
- *UO*: Unità Organizzativa, ovvero raggruppamento di risorse aziendali preposte al presidio di un insieme di attività omogenee per contenuto e competenze necessarie alla loro esecuzione, dipendente da un Responsabile o da un Direttore.

PARTE GENERALE

A. IL QUADRO NORMATIVO

1. Introduzione

Il Decreto Legislativo n. 231/2001 (il Decreto), recante "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", ha introdotto e disciplinato nel nostro ordinamento la responsabilità amministrativa a carico degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi.

Gli enti a cui si applica il Decreto sono tutte le società, le associazioni con o senza personalità giuridica, gli enti pubblici economici e gli enti privati concessionari di un servizio pubblico. Il Decreto non si applica, invece, allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli enti pubblici non economici e agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale (es. partiti politici e sindacati).

Gli enti rispondono per la commissione o la tentata commissione di taluni reati da parte di soggetti ad essi funzionalmente legati. L'inosservanza della disciplina contenuta nel Decreto può comportare per l'ente sanzioni che possono incidere fortemente anche sull'esercizio della propria attività.

La responsabilità dell'ente non sostituisce ma si aggiunge alla responsabilità personale dell'individuo che ha commesso il reato. Tuttavia, occorre precisare che l'ente non va esente da responsabilità quando l'autore del reato non è stato identificato o non è imputabile e anche nel caso in cui il reato si estingua per una causa diversa dall'amnistia (art. 8 comma 1, lett. a) e b) d.lgs. 231/01).

È istituita dal Decreto un'anagrafe nazionale nella quale sono iscritti, per estratto, le sentenze e i decreti divenuti definitivi in merito all'applicazione agli enti di sanzioni amministrative dipendenti da reato. Ogni organo avente giurisdizione in ordine all'illecito amministrativo dipendente da reato, tutte le pubbliche amministrazioni, gli enti incaricati di pubblici servizi quando il certificato è necessario per provvedere ad un atto delle loro funzioni, e il pubblico ministero, per ragioni di giustizia, hanno diritto di ottenere il certificato di tutte le iscrizioni nell'anagrafe esistenti nei confronti dell'ente.

2. I reati presupposto

L'ente può essere chiamato a rispondere solo in relazione a determinati reati (c.d. reati presupposto), individuati dal Decreto, nonché dalle leggi che espressamente richiamano la disciplina del Decreto (si veda *Allegato 1 - Reati Presupposto*).

3. Criteri di imputazione della responsabilità all'ente

La commissione di uno dei reati presupposto costituisce solo una delle condizioni per l'applicabilità della disciplina dettata dal Decreto.

Vi sono, infatti, ulteriori condizioni che attengono alle modalità di imputazione all'ente dell'illecito da reato e che, a seconda della loro natura, possono essere suddivise in criteri di imputazione di natura oggettiva e di natura soggettiva.

I criteri di natura oggettiva richiedono che:

- il reato sia stato commesso da parte di un *soggetto funzionalmente legato all'ente*;
- il reato sia stato commesso nell'*interesse* o a *vantaggio* dell'ente.

Gli autori del reato dal quale può derivare la responsabilità dell'ente possono essere: a)

soggetti con funzioni di rappresentanza, amministrazione, o direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché coloro che esercitano, anche solo di fatto, la gestione e il controllo dell'ente (c.d. *soggetti in «posizione apicale»*); b) soggetti sottoposti alla direzione o al controllo da parte dei soggetti apicali (c.d. *soggetti subordinati*).

In particolare, nella categoria dei soggetti apicali possono essere fatti rientrare gli amministratori, i direttori generali, i rappresentanti legali, ma anche, per esempio, i preposti a sedi secondarie, i direttori di divisione o Project Manager con autonomia finanziaria e funzionale. Anche tutti i soggetti *delegati dagli amministratori* ad esercitare attività di gestione o direzione della società o di sedi distaccate devono essere considerati soggetti apicali.

Alla categoria dei soggetti in posizione subordinata appartengono tutti coloro che sono sottoposti alla direzione e vigilanza dei soggetti apicali e che, in sostanza, eseguono nell'interesse dell'ente le decisioni adottate dai vertici o comunque operano sotto la loro direzione o vigilanza. Possono essere ricondotti a questa categoria tutti i dipendenti dell'ente, nonché tutti coloro che agiscono in nome, per conto o nell'interesse dell'ente, quali, a titolo di esempio, i collaboratori esterni, i parasubordinati e i consulenti.

Per il sorgere della responsabilità dell'ente è poi necessario che il fatto di reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente.

In ogni caso, l'ente non risponde se il fatto di reato è stato commesso *nell'interesse esclusivo dell'autore del reato o di terzi*.

I criteri di imputazione di natura soggettiva attengono al profilo della colpevolezza dell'ente. La responsabilità dell'ente sussiste se non sono stati adottati o non sono stati rispettati *standard doverosi* di sana gestione e di controllo attinenti alla sua organizzazione ed allo svolgimento della sua attività. La *colpa* dell'ente, e quindi la possibilità di muovere ad esso un rimprovero, dipende dall'accertamento di una politica di impresa non corretta o di *deficit* strutturali nell'organizzazione aziendale, che non abbiano prevenuto la commissione di uno dei reati presupposto.

Il Decreto esclude infatti la responsabilità dell'ente nel caso in cui, *prima della commissione del reato*, l'ente si sia dotato ed abbia efficacemente attuato un «Modello di organizzazione, gestione e controllo» (il Modello) idoneo a prevenire la commissione di reati della specie di quello che è stato realizzato.

Il Modello opera quale esimente sia che il reato presupposto sia stato commesso da un soggetto apicale sia che sia stato commesso da un soggetto subordinato. Tuttavia, per i reati commessi dai soggetti apicali, il Decreto introduce una sorta di *presunzione di responsabilità dell'ente*, dal momento che si prevede l'esclusione della sua responsabilità solo se l'ente dimostra che:

- il Consiglio di Amministrazione ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, un Modello idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché di curare il suo aggiornamento, è stato affidato ad *un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo* (Organismo di Vigilanza);
- le persone hanno commesso il reato *eludendo fraudolentemente* il Modello;
- *non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza* da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Per i reati commessi dai soggetti subordinati, l'ente risponde invece solo se venga provato

che «la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza» che gravano tipicamente sul vertice aziendale.

Anche in questo caso, comunque, l'adozione e l'efficace attuazione del Modello, prima della commissione del reato, esclude l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza ed esonera l'ente da responsabilità.

L'adozione e l'efficace attuazione del Modello, pur non costituendo un *obbligo* giuridico, è quindi l'unico strumento a disposizione dell'ente per dimostrare la propria estraneità ai fatti di reato e, in definitiva, per andare esente dalla responsabilità stabilita dal Decreto.

4. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo

Il Modello opera pertanto quale esimente della responsabilità dell'ente solo se idoneo rispetto alla prevenzione dei reati presupposto e solo se efficacemente attuato.

Il Decreto, tuttavia, non indica analiticamente le caratteristiche e i contenuti del Modello, ma si limita a dettare alcuni principi di ordine generale ed alcuni elementi essenziali di contenuto.

In generale – secondo il Decreto – il Modello deve prevedere, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a rilevare ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio di commissione di specifici reati.

In particolare il Modello deve:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati (c.d. attività sensibili);
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente, in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

Con riferimento all'*efficace attuazione* del Modello, il Decreto prevede inoltre la necessità di una *verifica periodica* e di una *modifica* dello stesso, qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'ente.

5. I reati commessi all'estero

In forza dell'art. 4 del Decreto, l'ente può essere chiamato a rispondere in Italia anche in relazione a reati presupposto commessi all'estero, sempre che siano soddisfatti i criteri di imputazione oggettivi e soggettivi stabiliti dal Decreto.

Il Decreto, tuttavia, condiziona la possibilità di perseguire l'ente per reati commessi all'estero all'esistenza dei seguenti ulteriori presupposti:

- che lo Stato del luogo in cui è stato commesso il reato non proceda già nei confronti dell'ente;
- che l'ente abbia la propria sede principale nel territorio dello Stato italiano;
- che il reato sia stato commesso all'estero da un soggetto apicale o sottoposto ai sensi dell'art. 5 comma 1, D.lgs.231/2001;
- che sussistano le condizioni di procedibilità previste dagli articoli 7, 8, 9, 10 del codice

penale.

6. Le Sanzioni

Le sanzioni per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato sono: la sanzione pecuniaria, le sanzioni interdittive, la confisca e la pubblicazione della sentenza.

Tali sanzioni sono qualificate come amministrative, ancorché applicate da un giudice penale.

In caso di condanna dell'ente, è sempre applicata la *sanzione pecuniaria*. La sanzione pecuniaria è determinata dal giudice attraverso un sistema basato su «quote». Il numero delle quote dipende dalla gravità del reato, dal grado di responsabilità dell'ente, dall'attività svolta per eliminare le conseguenze del fatto e attenuarne le conseguenze o per prevenire la commissione di altri illeciti. Nel determinare l'entità della singola quota il giudice tiene conto delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente, allo scopo di assicurare l'efficacia della sanzione.

Sono previsti casi di riduzione della sanzione pecuniaria. In particolare, la riduzione della sanzione pecuniaria può essere quantificata da un terzo alla metà se, prima della dichiarazione di apertura del dibattimento, l'ente ha risarcito integralmente il danno e ha eliminato le conseguenze dannose o pericolose del reato, ovvero se è stato adottato e reso operativo un Modello idoneo a prevenire la commissione di ulteriori reati.

Le *sanzioni interdittive* si applicano *in aggiunta* alla sanzione pecuniaria, ma solo se espressamente previste per il reato per cui si procede e purché ricorra almeno una delle seguenti condizioni:

- l'ente ha tratto dal reato un profitto rilevante e il reato è stato commesso da un soggetto apicale, o da un soggetto subordinato, ma solo qualora la commissione del reato sia stata agevolata da gravi carenze organizzative;
- in caso di reiterazione degli illeciti.

Le sanzioni interdittive previste dal Decreto sono:

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

Le sanzioni interdittive sono normalmente *temporanee*, ma nei casi più gravi possono eccezionalmente essere applicate con *effetti definitivi*.

Le sanzioni interdittive possono essere applicate anche *in via cautelare*, ovvero prima della condanna, qualora sussistano gravi indizi della responsabilità dell'ente e vi siano fondati e specifici elementi tali da far ritenere il concreto pericolo che vengano commessi illeciti della stessa indole di quello per cui si procede.

Le sanzioni interdittive, tuttavia, non si applicano qualora l'ente, prima della dichiarazione di apertura del dibattimento di primo grado:

- abbia risarcito il danno ed eliminato le conseguenze dannose o pericolose del reato (o, almeno, si sia efficacemente adoperato in tal senso),
- abbia messo a disposizione dell'autorità giudiziaria il profitto del reato,

- abbia eliminato le carenze organizzative che hanno determinato il reato, adottando e rendendo operativi modelli organizzativi idonei a prevenire la commissione di nuovi reati della specie di quello verificatosi.

Il Decreto prevede inoltre *altre due sanzioni*: la *confisca*, che è sempre disposta con la sentenza di condanna e che consiste nell'acquisizione da parte dello Stato del prezzo o del profitto del reato, ovvero di somme di denaro, beni o altre utilità di valore equivalente al prezzo o al profitto del reato, e la *pubblicazione della sentenza di condanna* in uno o più giornali indicati dal Giudice nella sentenza, nonché mediante affissione nel Comune ove l'ente ha la sede principale.

Il Decreto prevede altresì l'applicabilità di misure cautelari reali in capo all'Ente. In particolare:

- in forza dell'art. 53 del Decreto, il Giudice può disporre il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca a norma dell'art. 19 del Decreto medesimo;
- in forza dell'art. 54 del Decreto, il Giudice può disporre, in ogni stato e grado del processo di merito, il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'ente o delle somme o cose allo stesso dovute, se vi è fondata ragione 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.

7. Responsabilità dell'ente e vicende modificative

Il Decreto disciplina il regime della responsabilità dell'ente nel caso di *vicende modificative*: trasformazione, fusione, scissione e cessione di azienda.

Il Decreto sancisce la regola che, nel caso di «*trasformazione dell'ente resta ferma la responsabilità per i reati commessi anteriormente alla data in cui la trasformazione ha avuto effetto*». Il nuovo ente sarà quindi destinatario delle sanzioni applicabili all'ente originario, per fatti commessi anteriormente alla trasformazione.

In caso di fusione, il Decreto prevede che l'ente risultante dalla fusione, anche per incorporazione, risponde dei reati dei quali erano responsabili gli enti partecipanti alla fusione.

Nel caso di scissione parziale, il Decreto prevede invece che resti ferma la responsabilità dell'ente scisso per i reati commessi anteriormente alla scissione. Tuttavia, gli enti beneficiari della scissione, parziale o totale, sono solidalmente obbligati al pagamento delle sanzioni pecuniarie dovute dall'ente scisso per reati anteriori alla scissione. L'obbligo è limitato al valore del patrimonio trasferito.

Se la fusione o la scissione sono intervenute prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il giudice, nella commisurazione della sanzione pecuniaria, terrà conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dall'operazione.

In ogni caso, le sanzioni interdittive si applicano agli enti a cui è rimasto o è stato trasferito, anche in parte, il ramo di attività nell'ambito del quale il reato è stato commesso.

In caso di cessione o di conferimento dell'azienda nell'ambito della quale è stato commesso il reato, il Decreto stabilisce che, salvo il beneficio della preventiva escussione dell'ente cedente, il cessionario è solidalmente obbligato con l'ente cedente al pagamento della sanzione pecuniaria, nei limiti del valore dell'azienda ceduta e nei limiti delle sanzioni pecuniarie che risultano dai libri contabili obbligatori, o di cui il cessionario era comunque a conoscenza.

B. IL MODELLO NOMETANA HOSPITAL

1. Funzione del Modello

Il presente Modello di organizzazione, gestione e controllo (il Modello), adottato sulla base delle disposizioni contenute negli artt. 6 e 7 del Decreto, costituisce a tutti gli effetti regolamento interno della Società.

Esso si pone come obiettivo principale quello di configurare un sistema strutturato e organico di protocolli e procedure organizzative, gestionali e di controllo, finalizzato a prevenire la commissione dei reati previsti dal Decreto, nonché a rendere più efficace il sistema dei controlli adottato dalla società.

Più in generale, il Modello si propone quale fondamentale strumento di sensibilizzazione di tutti i dipendenti e di tutti gli *stakeholder* (fornitori, clienti, partner commerciali, ecc.), chiamati ad adottare comportamenti corretti e trasparenti, in linea con i valori etici a cui si ispira la Società nel perseguimento del proprio oggetto sociale.

Le previsioni contenute nel presente Modello mirano pertanto all'affermazione ed alla diffusione di una cultura di impresa improntata alla *legalità*, quale presupposto indispensabile per un successo economico duraturo: nessun comportamento illecito, sia pur realizzato nell'interesse o a vantaggio dell'impresa, può ritenersi in linea con la politica adottata dalla Società.

Il Modello è finalizzato inoltre alla diffusione di una cultura del *controllo*, che deve governare tutte le fasi decisionali e operative dell'attività sociale, nella piena consapevolezza dei rischi derivanti dalla possibile commissione di reati.

Il raggiungimento delle predette finalità si concretizza nell'adozione di misure idonee a migliorare l'efficienza nello svolgimento delle attività di impresa e ad assicurare il costante rispetto della legge e delle regole, individuando ed eliminando tempestivamente situazioni di rischio. In particolare, l'obiettivo di un'efficiente ed equilibrata *organizzazione* dell'impresa, idonea a prevenire la commissione di reati, è perseguito intervenendo, principalmente, sui processi di formazione ed attuazione delle decisioni della Società, sui controlli, preventivi e successivi, nonché sui flussi di informazione, sia interna che esterna.

2. Linee Guida

Nella predisposizione del presente Modello, la Società si è ispirata alle *Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. n. 231/2001* elaborate da Confindustria, nell'ultima versione approvata nel giugno 2021 e dichiarata idonea dal Ministero della Giustizia al raggiungimento dello scopo fissato dall'art. 6, comma 3, del Decreto, nonché alle *Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale* elaborate da AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e approvate il 2 novembre 2004.

La scelta eventuale di non adeguare il Modello ad alcune indicazioni contenute nelle Linee Guida non ne inficia la validità, come peraltro precisato dalle stesse Linee Guida. Il singolo Modello, infatti, dovendo essere redatto con riferimento alla realtà concreta della società, ben può discostarsi dai codici citati, che, per loro natura, hanno carattere generale. Nell'opera di costante aggiornamento e verifica del Modello la Società tiene conto anche dell'evoluzione della "*best practice*" di riferimento e delle migliori esperienze a livello internazionale.

3. Principi ispiratori del Modello

La predisposizione del presente Modello risulta ispirata ad alcuni principi fondamentali:

- la mappatura delle attività a rischio (c.d. "attività sensibili"), ovvero di quelle attività nell'ambito delle quali possono essere commessi i reati previsti dal Decreto, quale condizione essenziale per un'adeguata organizzazione preventiva;
- l'attribuzione ai soggetti coinvolti nella formazione e nell'attuazione della volontà sociale di poteri coerenti con le responsabilità organizzative assegnate;
- la trasparenza e tracciabilità di ogni operazione significativa nell'ambito delle attività a rischio di commissione dei Reati e la conseguente possibilità di verifica *ex post* dei comportamenti aziendali;
- l'attribuzione ad un organismo di controllo indipendente (Organismo di Vigilanza) di specifici compiti di vigilanza sull'efficace attuazione e sull'osservanza del Modello;
- la diffusione nell'impresa di regole comportamentali, procedure e politiche aziendali conformi ai principi stabiliti nel Modello ed il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali nella loro attuazione;
- l'esigenza di verificare sul campo il corretto funzionamento del Modello e di procedere ad un aggiornamento periodico dello stesso sulla base delle indicazioni emergenti dall'esperienza applicativa.

4. Struttura del Modello

Il Modello si compone di una *Parte Generale*, che descrive e disciplina il funzionamento complessivo del sistema di organizzazione, gestione e controllo adottato, volto a prevenire la commissione dei reati presupposto, e di alcune *Parti Speciali* volte ad integrarne il contenuto in relazione a determinate tipologie di reato.

Laddove ritenuto necessario per favorire un più efficace coordinamento fra le diverse norme organizzative, le disposizioni contenute nel Modello sono espressamente riportate anche nelle procedure aziendali di riferimento. Nessuna disposizione contenuta nelle procedure aziendali può in ogni caso giustificare il mancato rispetto delle norme contenute nel presente Modello.

5. Rapporto tra Modello e Codice Etico

Il Codice Etico di Nomentana Hospital, adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione e da questi successivamente aggiornato (si veda *Allegato 3*), è strumento differente per natura, funzione e contenuti dal presente Modello.

Tuttavia il Codice Etico contiene i principi di comportamento e i valori etici basilari cui si ispira la Società nel perseguimento dei propri obiettivi, e tali principi devono essere rispettati da tutti coloro che interagiscono con la Società.

Da questo punto di vista, il Codice Etico va considerato quale fondamento essenziale del Modello, giacché le disposizioni contenute nel secondo presuppongono il rispetto di quanto previsto nel primo, formando insieme un *corpus* sistematico di norme interne finalizzato alla diffusione di una cultura dell'etica e della trasparenza aziendale.

Il Codice Etico, che qui si intende integralmente richiamato, è allegato al Modello (*Allegato 3*) e ne costituisce parte integrante.

6. Assetto Organizzativo

Ai fini dell'attuazione del presente Modello riveste fondamentale importanza l'assetto organizzativo della Società, in base al quale vengono individuate le strutture organizzative

fondamentali, le rispettive aree di competenza e le principali responsabilità ad esse attribuite. Si rimanda in proposito alla descrizione dell'attuale assetto organizzativo contenuta in *Allegato 1 – Assetto Organizzativo*.

7. Criteri per l'adozione del Modello

Il progetto di implementazione del Modello è stato avviato dalla Società nel 2010 e si è concluso nel 2012 con l'approvazione del Modello da parte del Consiglio di Amministrazione e la costituzione dell'Organismo di Vigilanza. A seguito delle modifiche normative intervenute successivamente alla iniziale adozione del Modello, con l'ampliamento del novero dei reati presupposto, nonché dei cambiamenti intervenuti nell'organizzazione della Società e nel contesto in cui la stessa opera, sono stati avviati, anche con l'ausilio di consulenti esterni, specifici progetti di revisione e aggiornamento del Modello. Il Modello, nei suoi diversi aggiornamenti, è stato quindi adottato con specifiche delibere da parte del Consiglio di Amministrazione della Società (si veda *Allegato 2 – Aggiornamento del Modello*).

L'adozione del Modello ed i successivi aggiornamenti, in accordo con le previsioni del Decreto e ispirandosi alle linee guida di Confindustria approvate dal Ministero della Giustizia, nonché alle linee guida di AIOF, hanno comportato lo sviluppo di specifiche analisi per l'individuazione delle aree aziendali a rischio di commissione dei reati previsti, che hanno visto il coinvolgimento delle principali funzioni aziendali.

In particolare tali analisi sono state svolte con le seguenti modalità:

- analisi delle attività aziendali a rischio propedeutica alla redazione del Modello;
- analisi dell'assetto organizzativo della società e conseguenti interviste con il *management* della società;
- condivisione con il *management* delle valutazioni del rischio reato emerse.

Con riguardo all'implementazione del Modello, sono state condotte analisi volte ad identificare le differenze (*Gap*) esistenti tra le procedure in essere presso la società e le previsioni del Modello.

8. Reati rilevanti per la Società

L'adozione del Modello quale strumento capace di orientare il comportamento dei soggetti che operano all'interno della Società e di promuovere, a tutti i livelli aziendali, comportamenti improntati a legalità e correttezza si riverbera positivamente sulla prevenzione di qualsiasi reato o illecito previsto dall'ordinamento.

Tuttavia, al fine di ottemperare alle specifiche previsioni del Decreto, ed in considerazione dell'analisi del contesto aziendale e delle attività potenzialmente a rischio-reato, sono considerati rilevanti, e quindi specificamente esaminati nel Modello, gli illeciti elencati al punto 2 delle singole Parti Speciali, cui si rimanda per una loro esatta individuazione.

9. Destinatari del Modello

Le regole contenute nel Modello e nel Codice Etico si applicano in primo luogo a coloro che svolgono funzioni di rappresentanza, amministrazione o direzione della Società, o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché a chi esercita, anche di fatto, la gestione e il controllo della Società.

Il Modello ed il Codice Etico si applicano inoltre a tutti i dipendenti della Società.

Il Modello ed il Codice Etico si applicano altresì, nei limiti del rapporto in essere, a coloro i quali, pur non appartenendo alla Società, operano su mandato o per conto della stessa o

sono comunque legati alla Società da rapporti giuridici rilevanti in funzione della prevenzione dei Reati. A tal fine, il Consiglio di Amministrazione e/o i Consiglieri delegati nei limiti delle funzioni attribuite, sentita la Direzione Operativa, determina preliminarmente le tipologie di rapporti giuridici con soggetti esterni alla Società, ai quali è opportuno applicare, in ragione della natura dell'attività svolta, le previsioni del Modello e del Codice Etico. Il Consiglio di Amministrazione e/o i Consiglieri delegati nei limiti delle funzioni attribuite determinano altresì le modalità di comunicazione del Modello e del Codice Etico ai soggetti esterni interessati e le procedure necessarie per il rispetto delle disposizioni in essi contenute, in modo da assicurarne l'effettiva conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati, secondo le modalità stabilite al successivo paragrafo 16.

I destinatari del Modello e del Codice Etico sono tenuti a rispettare con la massima correttezza e diligenza tutte le disposizioni e i protocolli in essi contenuti, nonché tutte le procedure di attuazione delle stesse.

10. Adozione del Modello.

Il Consiglio di Amministrazione ha competenza esclusiva per l'adozione, la modificazione e l'integrazione del Modello. L'Organismo di Vigilanza, nell'ambito dei poteri ad esso conferiti conformemente dall'art. 6, comma 1, lett. b) e dall'art. 7, comma 4, lett. a) del Decreto, ha la potestà di formulare al Consiglio di Amministrazione proposte in ordine all'aggiornamento e/o all'adeguamento del presente Modello e ha il dovere di segnalare in forma scritta e tempestivamente, o quanto meno nella relazione annuale di cui al punto 13.1, al Consiglio di Amministrazione fatti, circostanze o carenze organizzative riscontrate nell'attività di vigilanza che evidenzino la necessità o l'opportunità di modificare o integrare il Modello.

11. Integrazione e modifica del Modello.

Il Modello deve essere tempestivamente modificato o integrato dal Consiglio di Amministrazione, anche su proposta - e comunque previa consultazione - dell'Organismo di Vigilanza, quando siano intervenute:

- violazioni o elusioni delle prescrizioni del Modello che ne abbiano dimostrato l'inefficacia o l'incoerenza ai fini della prevenzione dei Reati;
- significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività d'impresa;
- modifiche normative.

Le modifiche, gli aggiornamenti o le integrazioni al Modello devono sempre essere comunicati all'Organismo di Vigilanza.

Le procedure operative adottate in attuazione del presente Modello sono modificate a cura delle funzioni aziendali competenti, qualora si dimostrino inefficaci ai fini di una corretta attuazione delle disposizioni del Modello. Le funzioni aziendali competenti curano altresì le modifiche o integrazioni alle procedure operative necessarie per dare attuazione alle eventuali revisioni del presente Modello.

L'Organismo di Vigilanza è tempestivamente informato dell'aggiornamento e dell'implementazione delle nuove procedure operative.

12. Organismo di Vigilanza

12.1 Funzione

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lett. b) del Decreto, è istituito uno specifico organismo societario (Organismo di Vigilanza, OdV) con il compito di vigilare continuativamente sull'efficace funzionamento e sull'osservanza del Modello, nonché di curarne l'aggiornamento, proponendo al Consiglio di Amministrazione modifiche e/o integrazioni in tutti i casi in cui – ai sensi del punto 10 della presente sezione – ciò si renda necessario.

12.2 Requisiti

Il componente dell'OdV deve essere dotato dei requisiti di onorabilità, professionalità, autonomia e indipendenza indicati nel presente Modello. L'OdV deve svolgere le funzioni ad esso attribuite garantendo la necessaria continuità di azione.

12.2.1 Onorabilità

I componenti dell'OdV sono individuati tra soggetti dotati dei requisiti soggettivi di onorabilità previsti dal D. M. del 30 marzo 2000 n. 162 per i membri del Collegio Sindacale di società quotate, adottato ai sensi dell'art. 148 comma 4 del TUF.

Costituisce in ogni caso causa di ineleggibilità e/o di decadenza dall'OdV:

- la sentenza di condanna (o di patteggiamento), ancorché non passata in giudicato, per uno dei reati presupposto previsti dal Decreto o, comunque, la sentenza di condanna (o di patteggiamento), ancorché non passata in giudicato, ad una pena che comporti l'interdizione anche temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche o delle imprese;
- l'irrogazione di una sanzione da parte della CONSOB, per aver commesso uno degli illeciti amministrativi in materia di abusi di mercato, di cui al TUF.

L'eventuale riforma della sentenza di condanna (o di patteggiamento) non definitiva determina il venir meno della causa di ineleggibilità ma non incide sull'intervenuta decadenza dalla carica.

12.2.2 Professionalità

L'OdV deve essere composto da soggetti dotati di specifiche competenze nelle attività di natura ispettiva, nell'analisi dei sistemi di controllo e in ambito giuridico (in particolare penalistico), affinché sia garantita la presenza di professionalità adeguate allo svolgimento delle relative funzioni. Ove necessario, l'OdV può avvalersi anche dell'ausilio e del supporto di competenze esterne, per l'acquisizione di peculiari conoscenze specialistiche.

12.2.3 Autonomia ed indipendenza

L'OdV è dotato, nell'esercizio delle sue funzioni, di autonomia ed indipendenza dagli organi societari e dagli altri organismi di controllo interno.

L'OdV dispone di autonomi poteri di spesa sulla base di un preventivo di spesa annuale, approvato dal Consiglio di Amministrazione su proposta dell'Organismo stesso. In ogni caso, l'OdV può richiedere un'integrazione dei fondi assegnati, qualora non sufficienti all'efficace espletamento delle proprie incombenze, e può estendere la propria autonomia di spesa di propria iniziativa in presenza di situazioni eccezionali o urgenti, che saranno oggetto di successiva relazione al Consiglio di Amministrazione.

Le attività poste in essere dall'OdV non possono essere sindacate da alcun altro organismo o struttura aziendale.

L'OdV deve essere composto esclusivamente o in maggioranza da soggetti privi di qualsiasi altro rapporto con la Società ovvero con altre società del Gruppo (ad eccezione del ruolo di componente dell'Organismo di Vigilanza o di membro del

Collegio Sindacale in una o più Società del Gruppo). Gli eventuali membri interni non devono in ogni caso svolgere alcun ruolo operativo all'interno della Società ovvero di altre società del Gruppo, e non devono dipendere gerarchicamente da alcun Capo Area o Capo Ufficio.

Nell'esercizio delle loro funzioni i membri dell'OdV non devono trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse derivanti da qualsivoglia ragione di natura personale, familiare o professionale. In tale ipotesi essi sono tenuti ad informare immediatamente gli altri membri dell'Organismo e devono astenersi dal partecipare alle relative deliberazioni. Di tali ipotesi viene data menzione nella relazione di cui al successivo punto 13.1 .

12.2.4 Continuità di azione

L'OdV deve essere in grado di garantire la necessaria continuità nell'esercizio delle proprie funzioni, anche attraverso la calendarizzazione dell'attività e dei controlli, la verbalizzazione delle riunioni e la disciplina dei flussi informativi provenienti dalle strutture aziendali.

12.3 Composizione, nomina e permanenza in carica

L'OdV è composto in forma monocratica da un membro esterno.

L'OdV è nominato dal Presidente del Consiglio di Amministrazione della Società, con provvedimento motivato che dia atto della sussistenza dei requisiti di onorabilità, professionalità, autonomia e indipendenza.

A tal fine i candidati sono tenuti ad inviare il loro *Curriculum Vitae* accompagnato da una dichiarazione nella quale attestano di possedere i requisiti sopra descritti.

Il Consiglio di Amministrazione esamina le informazioni fornite dagli interessati, o comunque a disposizione della Società, al fine di valutare l'effettivo possesso dei necessari requisiti.

All'atto dell'accettazione della carica il membro dell'OdV, presa visione del Modello e data formale adesione al Codice Etico, si impegna a svolgere le funzioni a lui attribuite garantendo la necessaria continuità di azione, ed a comunicare immediatamente al Consiglio di Amministrazione qualsiasi avvenimento suscettibile di incidere sul mantenimento dei requisiti sopra citati.

Successivamente alla nomina dell'OdV, almeno una volta all'anno, il Consiglio di Amministrazione della Società verifica il permanere dei requisiti soggettivi in capo al componente dell'OdV.

Il venir meno dei requisiti soggettivi ne determina l'immediata decadenza dalla carica. In caso di decadenza, morte, dimissione o revoca, il Consiglio di Amministrazione provvede tempestivamente alla sua sostituzione.

Al fine di garantirne la piena autonomia e indipendenza, l'OdV rimane in carica per un triennio, e comunque fino alla nomina del nuovo Organismo di Vigilanza, indipendentemente dalla scadenza o eventuale scioglimento anticipato del Consiglio di Amministrazione che lo ha nominato.

12.4 Revoca

L'eventuale revoca dell'OdV potrà avvenire soltanto per giusta causa, mediante delibera del Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Collegio Sindacale, ove per "giusta causa" si intende una grave negligenza nell'assolvimento dei compiti connessi con l'incarico quali, tra l'altro:

- l'omessa redazione delle relazioni informative sull'attività svolta al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale (si veda paragrafo 13.1 della presente sezione);
- l'omessa redazione del Piano delle Verifiche dell'OdV (si veda paragrafo 12.5 della presente sezione);
- l'omessa verifica delle segnalazioni di cui è destinatario ai sensi del successivo paragrafo 13.2 della presente sezione, in merito alla commissione, anche presunta, di reati di cui al Decreto, nonché alla violazione, anche presunta, del Codice Etico, del Modello e/o delle procedure stabilite in attuazione dello stesso;
- la mancata convocazione e/o tenuta di riunioni dell'OdV nel corso di un semestre;
- l'omessa verifica dell'adeguatezza dei programmi di formazione, delle modalità di attuazione e dei risultati (si veda paragrafo 16 della presente sezione);
- l'omessa segnalazione al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale degli eventuali mutamenti del quadro normativo e/o delle significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività di impresa che richiedono un aggiornamento del Modello;
- l'omessa segnalazione al Consiglio di Amministrazione di provvedimenti disciplinari e sanzioni eventualmente applicati dalla Società, con riferimento alle violazioni delle previsioni del presente Modello, dei protocolli di prevenzione e delle relative procedure di attuazione, nonché alle violazioni delle previsioni del Codice Etico;
- la mancata effettuazione delle attività di verifica, di *routine/ad hoc*, sulle attività sensibili di cui al Piano delle Verifiche dell'OdV.

12.5 Compiti e poteri

L'OdV dispone di autonomi poteri di iniziativa e di controllo nell'ambito della Società, tali da consentire l'efficace espletamento dei compiti previsti nel Modello. A tal fine, l'OdV si dota di proprie regole di funzionamento attraverso l'adozione di un apposito Regolamento (Regolamento dell'OdV), che viene portato a conoscenza del Consiglio di Amministrazione.

All'OdV non competono poteri di gestione o poteri decisionali relativi allo svolgimento delle attività della Società, poteri organizzativi o di modifica della struttura aziendale, né poteri sanzionatori.

All'OdV è attribuito il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento. A tal fine all'Organismo di Vigilanza sono attribuiti i seguenti compiti e poteri:

- a) verificare l'efficienza, l'efficacia nonché l'adeguatezza del Modello rispetto alla prevenzione della commissione dei reati previsti dal Decreto, proponendone tempestivamente l'eventuale aggiornamento al Consiglio di Amministrazione, secondo quanto previsto al precedente punto 10 (sez. B);
- b) verificare, sulla base dell'analisi dei flussi informativi e delle segnalazioni di cui è destinatario ai sensi dei successivi punti 13.2 e 13.3 (sez. B), il rispetto del Codice Etico, delle regole di comportamento, dei protocolli di prevenzione e delle procedure previste dal Modello, rilevando eventuali scostamenti comportamentali;
- c) svolgere periodica attività ispettiva, secondo le modalità e le scadenze indicate nel Regolamento dell'OdV e dettagliate nel Piano delle Verifiche dell'OdV, portate a conoscenza del Consiglio di Amministrazione;

- d) proporre tempestivamente all'organo o alla funzione titolare del potere disciplinare l'adozione delle sanzioni di cui al successivo punto 15 (sez. B);
- e) monitorare la definizione di programmi di formazione del personale aventi per oggetto il Modello e il Codice Etico di Nomentana Hospital, di cui al seguente punto 16.2 (sez. B);
- f) fornire l'informativa nei confronti degli organi sociali in accordo con quanto definito al seguente punto 13.1 (sez. B);
- g) accedere liberamente presso qualsiasi unità organizzativa, senza necessità di preavviso, per richiedere ed acquisire informazioni, documentazione e dati ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal Modello;
- h) accedere a tutte le informazioni concernenti le attività a rischio di reato, come meglio elencate nelle Parti Speciali del Modello;
- i) chiedere e ottenere informazioni o l'esibizione di documenti in merito alle attività a rischio di reato, laddove necessario, agli Amministratori, al Collegio Sindacale e alla Società di Revisione;
- j) chiedere e ottenere informazioni o l'esibizione di documenti in merito alle attività a rischio a collaboratori, consulenti, agenti e rappresentanti esterni alla Società, e in genere a tutti i soggetti tenuti all'osservanza del Modello, sempre che tale potere sia espressamente indicato nei contratti o nei mandati che legano il soggetto esterno alla Società;
- k) ricevere, per l'espletamento dei propri compiti di vigilanza sul funzionamento e l'attuazione del Modello, le informazioni previste in accordo con quanto indicato ai successivi punti 13.2 e 13.3 (sez. B);
- m) avvalersi dell'ausilio e del supporto della funzione di *Internal Audit*, nonché di eventuali consulenti esterni, per problematiche di particolare complessità o che richiedono competenze specifiche.

L'OdV svolge le proprie funzioni coordinandosi, ove ritenuto opportuno, con le funzioni aziendali interessate per gli aspetti inerenti l'interpretazione ed il monitoraggio del quadro normativo e per gli aspetti peculiari previsti dalla normativa di settore. L'OdV si coordina inoltre con le funzioni aziendali interessate dalle attività a rischio per tutti gli aspetti relativi alla implementazione delle procedure operative di attuazione del Modello.

I componenti dell'OdV, nonché i soggetti dei quali l'Organismo, a qualsiasi titolo, si avvale, sono tenuti a rispettare l'obbligo di riservatezza su tutte le informazioni delle quali sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni.

L'OdV esercita le proprie funzioni nel rispetto delle norme di legge, nonché dei diritti individuali dei lavoratori.

13. Flussi informativi dall'Organismo di Vigilanza agli organi sociali

L'OdV riferisce al Consiglio di Amministrazione, salvo quanto diversamente stabilito dal presente Modello.

L'OdV, ogni qual volta lo ritenga opportuno e con le modalità indicate nel Regolamento dell'OdV, informa il Consiglio di Amministrazione o il suo Presidente in merito a circostanze e fatti significativi del proprio ufficio o ad eventuali urgenti criticità del Modello, emerse nell'ambito dell'attività di vigilanza.

L'OdV redige annualmente una relazione scritta al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale che deve contenere, quanto meno, le seguenti informazioni:

- a) la sintesi delle attività svolte nell'anno dall'OdV;
- b) una descrizione delle eventuali problematiche sorte riguardo alle procedure operative di attuazione delle disposizioni del Modello;
- c) una descrizione delle eventuali nuove attività a rischio di reato individuate;
- d) il resoconto delle segnalazioni ricevute da soggetti interni ed esterni, ivi incluso quanto direttamente riscontrato, in ordine a presunte violazioni delle previsioni del presente Modello, dei protocolli di prevenzione e delle relative procedure di attuazione, nonché alla violazione delle previsioni del Codice Etico, e l'esito delle conseguenti verifiche effettuate. Nel caso di violazioni del Codice Etico o del Modello da parte di un membro del Consiglio di Amministrazione o del Collegio Sindacale, l'OdV provvede alle comunicazioni di cui al successivo punto 15.1 (sez. B);
- e) informativa in merito all'eventuale commissione di reati rilevanti ai fini del Decreto;
- f) i provvedimenti disciplinari e le sanzioni eventualmente applicate dalla Società, con riferimento alle violazioni delle previsioni del presente Modello, dei protocolli di prevenzione e delle relative procedure di attuazione, nonché alle violazioni delle previsioni del Codice Etico;
- g) una valutazione complessiva sul funzionamento e l'efficacia del Modello con eventuali proposte di integrazioni, correzioni o modifiche;
- h) la segnalazione degli eventuali mutamenti del quadro normativo e/o significative modificazioni dell'assetto interno della Società e/o delle modalità di svolgimento delle attività d'impresa, che richiedono un aggiornamento del Modello;
- i) la segnalazione dell'eventuale situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, di cui al precedente punto 12.2.3 (sez. B);
- j) il rendiconto delle spese sostenute.

Il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio Sindacale hanno la facoltà di convocare in qualsiasi momento l'OdV, affinché li informi in merito alle attività dell'ufficio.

14. Flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza

Tutti i destinatari del Modello comunicano all'Organismo di Vigilanza ogni informazione utile per agevolare lo svolgimento delle verifiche sulla corretta attuazione del Modello. In particolare:

- *i Responsabili Interni per le Attività Sensibili, qualora riscontrino ambiti di miglioramento nella definizione e/o nell'applicazione dei protocolli di prevenzione definiti nel presente Modello, redigono e trasmettono tempestivamente all'Organismo di Vigilanza, una nota descrittiva delle motivazioni sottostanti gli aspetti di miglioramento evidenziati;*
- *i Responsabili di Processo e/o degli enti aziendali / unità organizzative, in accordo con le rispettive attribuzioni organizzative, devono comunicare all'OdV, con cadenza almeno semestrale, tramite nota scritta, ogni informazione riguardante:*
 - l'emissione e/o aggiornamento dei documenti organizzativi;

- gli avvicendamenti nella responsabilità delle funzioni interessate dalle attività a rischio;
 - il sistema delle deleghe e procure aziendali ed ogni suo aggiornamento;
 - gli elementi principali delle operazioni di natura straordinaria avviate e concluse;
 - la stipula o il rinnovo dei contratti di prestazione e di servizi;
 - i rapporti predisposti dalle Funzioni/Organi di Controllo (compresa la Società di Revisione) nell'ambito delle loro attività di verifica, dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del Decreto o delle previsioni del Modello e del Codice Etico;
 - i procedimenti disciplinari avviati per violazioni del Modello, i provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti e le relative motivazioni, l'applicazione di sanzioni per violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite per la sua attuazione;
 - eventuali disallineamenti riscontrati nell'attuazione dei protocolli previsti nelle Parti Speciali del Modello e/o delle procedure aziendali;
- *tutti i dipendenti ed i membri degli organi sociali della Società devono segnalare tempestivamente la commissione o la presunta commissione di reati di cui al Decreto di cui vengono a conoscenza, nonché ogni violazione o la presunta violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite in attuazione dello stesso di cui vengono a conoscenza;*
 - *i collaboratori e tutti i soggetti esterni alla Società, individuati secondo quanto stabilito al precedente punto 9 (sez. B), nell'ambito dell'attività svolta per la Società sono tenuti a segnalare direttamente all'OdV le violazioni di cui al punto precedente, purché tale obbligo sia specificato nei contratti che legano tali soggetti alla Società;*
 - *tutti i dipendenti e i membri degli organi sociali della Società possono chiedere chiarimenti all'OdV in merito alla corretta interpretazione/applicazione del presente Modello, dei protocolli di prevenzione, delle relative procedure di attuazione e del Codice Etico.*

Al fine di consentire il puntuale rispetto delle previsioni di cui al presente paragrafo 13.2 è istituita la casella di posta elettronica odv@nomentanahospital.it, dedicata alla comunicazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza da parte dei dipendenti, dei membri degli organi sociali della Società e dei collaboratori esterni. Le segnalazioni sono conservate a cura dell'OdV secondo le modalità indicate nel Regolamento dell'OdV.

La Società adotta misure idonee affinché sia sempre garantita la riservatezza circa l'identità di chi trasmette informazioni all'OdV. È vietata qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione nei confronti di coloro che effettuino in buona fede segnalazioni all'OdV. La Società si riserva ogni azione contro chiunque effettui in mala fede segnalazioni non veritiere.

La violazione degli obblighi di informazione nei confronti dell'OdV di cui al presente punto, costituendo violazione del Modello, risulta assoggettata alle previsioni di cui al successivo punto 15. (sez. B) *Il sistema sanzionatorio.*

15. Il sistema sanzionatorio

15.1 Principi Generali

Il sistema sanzionatorio di seguito descritto è un sistema autonomo di misure, finalizzato a presidiare il rispetto e l'efficace attuazione del Modello e del Codice Etico, radicando nel personale aziendale ed in chiunque collabori a qualsiasi titolo con la Società la consapevolezza della ferma volontà di quest'ultima di perseguire qualunque violazione delle regole stabilite per il corretto svolgimento dell'attività aziendale. L'applicazione delle sanzioni stabilite dal Modello non sostituisce né presuppone l'irrogazione di ulteriori, eventuali sanzioni di altra natura (penale, amministrativa, tributaria), che possano derivare dal medesimo fatto. Tuttavia, qualora la violazione commessa configuri anche un'ipotesi di reato oggetto di contestazione da parte dell'autorità giudiziaria, e la Società non sia in grado con gli strumenti di accertamento a sua disposizione di pervenire ad una chiara ricostruzione dei fatti, essa potrà attendere l'esito degli accertamenti giudiziari per adottare un provvedimento disciplinare.

Il rispetto delle disposizioni del Codice Etico e del Modello vale nell'ambito dei contratti di lavoro di qualsiasi tipologia e natura, inclusi quelli con i Dirigenti, a progetto, *part-time*, ecc., nonché nei contratti di collaborazione rientranti nella c.d. parasubordinazione.

Il procedimento disciplinare viene avviato su impulso dell'OdV che svolge, altresì, una funzione consultiva nel corso del suo intero svolgimento.

In particolare, l'OdV, acquisita la notizia di una violazione o di una presunta violazione del Codice Etico o del Modello, si attiva immediatamente per dar corso ai necessari accertamenti, garantendo la riservatezza del soggetto nei cui confronti si procede.

Se viene accertata la violazione da parte di un *dipendente* della Società (intendendo ogni soggetto legato alla Società da un rapporto di lavoro subordinato), l'OdV informa immediatamente il titolare del potere disciplinare.

Se la violazione riguarda un *dirigente* della Società, l'OdV deve darne comunicazione, oltre che al titolare del potere disciplinare, anche al Consiglio di Amministrazione, mediante relazione scritta.

Se la violazione riguarda un *amministratore* della Società, l'OdV deve darne immediata comunicazione al Presidente del Collegio Sindacale ed ai membri del Consiglio di Amministrazione non direttamente coinvolti, mediante relazione scritta.

In caso di violazione da parte di un *membro del Collegio Sindacale*, l'OdV deve darne immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione, ed al Collegio Sindacale, in persona del Presidente, se non direttamente coinvolto, mediante relazione scritta.

Qualora si verifichi una violazione da parte dei *collaboratori o dei soggetti esterni* che operano su mandato della Società, l'Organismo di Vigilanza informa con relazione scritta il Consiglio di Amministrazione, il Direttore Generale ed il Capo dell'area alla quale il contratto o rapporto si riferiscono.

Gli organi o le funzioni titolari del potere disciplinare avviano i procedimenti di loro competenza al fine delle contestazioni e dell'eventuale applicazione delle sanzioni.

Le sanzioni per le violazioni delle disposizioni del Codice Etico e del presente Modello sono adottate dagli organi che risultano competenti in virtù dei poteri e delle attribuzioni loro conferiti dallo Statuto o dai regolamenti interni della Società.

1.5.2 Violazione del Modello e del Codice Etico

Costituiscono infrazioni tutte le violazioni, realizzate anche con condotte omissive e in eventuale concorso con altri, delle prescrizioni del presente Modello, dei Protocolli di Prevenzione e delle relative procedure di attuazione, nonché le violazioni delle previsioni del Codice Etico.

Si riportano di seguito, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, alcuni comportamenti che costituiscono infrazione:

- a) la redazione in modo incompleto o non veritiero di documentazione prevista dal presente Modello, dai Protocolli di Prevenzione e dalle relative procedure di attuazione;
- b) l'agevolazione della redazione, da altri effettuata in modo incompleto e non veritiero, di documentazione prevista dal presente Modello, dai Protocolli di Prevenzione e dalle relative procedure di attuazione;
- c) l'omessa redazione della documentazione prevista dal presente Modello, dai Protocolli di Prevenzione e dalle procedure di attuazione;
- d) la violazione o l'elusione del sistema di controllo previsto dal Modello, in qualsiasi modo effettuata, come, ad esempio, attraverso la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione inerente la procedura, l'ostacolo ai controlli, l'impedimento all'accesso alle informazioni ed alla documentazione nei confronti dei soggetti preposti ai controlli delle procedure e delle decisioni;
- e) l'omessa comunicazione all'OdV delle informazioni prescritte;
- f) la violazione o l'elusione degli obblighi di vigilanza da parte degli apicali nei confronti dell'operato dei propri sottoposti;
- g) la violazione degli obblighi in materia di partecipazione ai programmi di formazione, di cui al successivo punto 16.2 (sez. B) *Formazione*.

15.3 Sanzioni e misure disciplinari

15.3.1 Sanzioni nei confronti dei Dipendenti

Il Codice Etico e il Modello costituiscono un complesso di norme alle quali il personale dipendente di una società deve uniformarsi anche ai sensi di quanto previsto dagli artt. 2104 e 2106 c.c. e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) in materia di norme comportamentali e di sanzioni disciplinari. Pertanto *tutti* i comportamenti tenuti dai dipendenti in violazione delle previsioni del Codice Etico, del Modello e delle sue procedure di attuazione, costituiscono inadempimento alle obbligazioni primarie del rapporto di lavoro e, conseguentemente, infrazioni, comportanti la possibilità dell'instaurazione di un procedimento disciplinare e la conseguente applicazione delle relative sanzioni.

Nei confronti dei lavoratori dipendenti con qualifica di operaio, impiegato e quadro sono, nel caso di specie, applicabili – nel rispetto delle procedure previste dall'art. 7 della legge 20 maggio 1970 n. 300 (Statuto dei Lavoratori) – i provvedimenti disciplinari previsti dal CCNL di riferimento.

Nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, il tipo e l'entità delle sanzioni irrogabili saranno determinati in base ai seguenti criteri:

- gravità delle violazioni commesse;
- mansioni e posizione funzionale delle persone coinvolte nei fatti;
- volontarietà della condotta o grado di negligenza, imprudenza o imperizia;
- comportamento complessivo del lavoratore, con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari, nei limiti consentiti dalla legge e dal CCNL;
- altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare.

Sulla base dei principi e criteri sopra indicati,

- a) i provvedimenti di *rimprovero verbale*, di *rimprovero scritto (censura)*, di *multa* e di *sospensione dal lavoro e dalla retribuzione* troveranno applicazione qualora il dipendente violi le procedure previste dal Modello o comunque tenga,

nell'espletamento di attività nelle aree a rischio di commissione di reati, un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso o del Codice Etico. In particolare, troverà normalmente applicazione la misura della *multa non superiore all'importo pari a tre ore di retribuzione*. In caso di maggiore gravità o di recidiva nelle mancanze di cui sopra, tale da non concretizzare gli estremi del licenziamento, si può procedere all'applicazione della sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino a tre giorni, mentre nei casi di minore gravità si può procedere al rimprovero verbale o scritto.

- b) il provvedimento di *licenziamento con preavviso* (per giustificato motivo) troverà applicazione allorché il lavoratore adottati, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio di commissione di reati, un comportamento non conforme alle prescrizioni del presente Modello o del Codice Etico, tale da configurare un notevole inadempimento degli obblighi contrattuali o condotta gravemente pregiudizievole per l'attività produttiva, l'organizzazione del lavoro ed il regolare funzionamento di essa, come ad esempio:
- qualsiasi comportamento diretto in modo univoco al compimento di un reato previsto dal Decreto;
 - qualsiasi comportamento volto a dissimulare la commissione di un reato previsto dal Decreto;
 - qualsiasi comportamento che contravvenga deliberatamente alle specifiche misure previste dal Modello e dalle relative procedure attuative, a presidio della sicurezza e salute dei lavoratori.
- c) Il provvedimento di *licenziamento senza preavviso* (per giusta causa) sarà applicato in presenza di una condotta consistente nella grave e/o reiterata violazione delle norme di comportamento e delle Procedure contenute nel Modello, ovvero delle prescrizioni del Codice Etico, in quanto comportamento tale da non consentire la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto di lavoro.

15.3.2 Sanzioni nei confronti dei Dirigenti

Il rapporto dirigenziale si caratterizza per la natura eminentemente fiduciaria. Il comportamento del *Dirigente*, oltre a riflettersi all'interno della Società, costituendo modello ed esempio per tutti coloro che vi operano, si ripercuote anche sull'immagine esterna della medesima. Pertanto, il rispetto da parte dei dirigenti della Società delle prescrizioni del Codice Etico, del Modello e delle relative procedure di attuazione costituisce elemento essenziale del rapporto di lavoro dirigenziale.

Nei confronti dei *Dirigenti* che abbiano commesso una violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite in attuazione del medesimo, la funzione titolare del potere disciplinare avvia i procedimenti di competenza per effettuare le relative contestazioni e applicare le misure sanzionatorie più idonee, in conformità con quanto previsto dal CCNL Dirigenti e, ove necessario, con l'osservanza delle procedure di cui all'art. 7 della Legge 30 maggio 1970, n. 300.

Le sanzioni devono essere applicate nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità rispetto alla gravità del fatto e della colpa o dell'eventuale dolo. Tra l'altro, con la contestazione può essere disposta cautelativamente la revoca delle eventuali procure affidate al soggetto interessato, fino alla eventuale risoluzione del rapporto in presenza di violazioni così gravi da far venir meno il rapporto fiduciario con la Società.

15.3.3 Sanzioni nei confronti degli Amministratori

Nomentana Hospital valuta con estremo rigore ogni violazione del presente Modello realizzata da coloro che rivestono i ruoli di vertice in seno alla Società, e che, per tale ragione, sono più in grado di orientare l'etica aziendale e l'attività di chi opera nella Società ai valori di correttezza, legalità e trasparenza.

Nei confronti degli *Amministratori* che abbiano commesso una violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite in attuazione del medesimo, il Consiglio di Amministrazione può applicare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità rispetto alla gravità del fatto e della colpa o dell'eventuale dolo, ogni idoneo provvedimento consentito dalla legge, fra cui le seguenti sanzioni:

- a) richiamo formale scritto;
- b) sanzione pecuniaria pari all'importo da due a cinque volte gli emolumenti calcolati su base mensile;
- c) revoca, totale o parziale, delle eventuali procure.

Nei casi più gravi, e comunque quando la mancanza sia tale da ledere la fiducia della Società nei confronti del responsabile, il Consiglio di Amministrazione convoca l'Assemblea, proponendo la revoca dalla carica.

15.3.4 Sanzioni nei confronti dei Sindaci

Qualora a commettere la violazione siano uno o più Sindaci, l'Organismo di Vigilanza deve darne immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale, in persona del Presidente, se non direttamente coinvolto, mediante relazione scritta.

I soggetti destinatari dell'informativa dell'Organismo di Vigilanza potranno assumere, secondo quanto previsto dallo Statuto, gli opportuni provvedimenti tra cui, ad esempio, la convocazione dell'assemblea dei soci, al fine di adottare le misure più idonee previste dalla legge.

Il Consiglio di Amministrazione, qualora si tratti di violazioni tali da integrare giusta causa di revoca, propone all'Assemblea l'adozione dei provvedimenti di competenza e provvede agli ulteriori incombeni previsti dalla legge.

15.3.5 Sanzioni nei confronti di collaboratori e soggetti esterni operanti su mandato della Società

Per quanto concerne i collaboratori o i soggetti esterni che operano su mandato della Società, di cui al precedente punto 9. (sez. B), il Consiglio di Amministrazione e/o i Consiglieri delegati nei limiti delle funzioni attribuite, sentiti il Direttore Generale e il Capo Area Personale, nonché il Capo dell'area alla quale il contratto o rapporto si riferiscono, determina preliminarmente le misure sanzionatorie e le modalità di applicazione per le violazioni del Codice Etico, del Modello e delle relative procedure attuative. Tali misure potranno prevedere, per le violazioni di maggiore gravità, e comunque quando le stesse siano tali da ledere la fiducia della Società nei confronti del soggetto responsabile della violazioni, la risoluzione del rapporto. Qualora si verifichi una violazione da parte di questi soggetti, l'OdV informa, con relazione scritta, il Consiglio di Amministrazione, il Direttore Generale ed il Capo dell'area alla quale il contratto o rapporto si riferiscono. Nei confronti dei responsabili appartenenti a questa categoria si applicano le misure predeterminate ai sensi del presente punto.

16. Comunicazione e formazione

16.1 Comunicazione

La Società garantisce nei confronti di tutti i dipendenti e di tutti i soggetti con funzione di gestione, amministrazione, direzione e controllo una corretta conoscenza e divulgazione del Modello e del Codice Etico.

Il Modello ed il Codice Etico sono comunicati a tutto il personale della società a cura del Direttore del Personale, ed a tutti i membri degli organi sociali a cura della Direzione Operativa, attraverso i mezzi divulgativi ritenuti più opportuni, ivi comprese note informative interne o accesso al sistema intranet.

Sono stabilite a cura del Direttore del Personale, sentito l'Organismo di Vigilanza, modalità idonee ad attestare l'avvenuta ricezione del Modello e del Codice Etico da parte del personale della Società.

Per i soggetti esterni alla Società destinatari del Modello e del Codice Etico, secondo quanto disposto dal precedente paragrafo 9 (sez. B), sono previste apposite forme di comunicazione del Modello e del Codice Etico. I contratti che regolano i rapporti con tali soggetti devono prevedere chiare responsabilità in merito al rispetto delle politiche di impresa della Società e in particolare del suo Codice Etico, e l'accettazione dei principi generali del Modello.

Il Codice Etico è pubblicato in forma integrale sia sulla rete *intranet* aziendale sia sul sito *internet* della Società; il Modello è pubblicato in forma integrale sulla rete *intranet* aziendale, ed in forma abbreviata sul sito *internet* della Società.

16.2 Formazione

La Società si impegna ad attuare programmi di formazione con lo scopo di garantire l'effettiva conoscenza del Codice Etico e del Modello da parte dei dipendenti e dei membri degli organi sociali.

I programmi di formazione hanno ad oggetto il Decreto ed il quadro normativo di riferimento, il Codice Etico ed il presente Modello. Il livello di formazione è modulato, con un differente grado di approfondimento, in relazione alla qualifica dei destinatari ed al diverso livello di coinvolgimento degli stessi nelle attività sensibili. Una formazione specifica è destinata ai membri dell'Organismo di Vigilanza ed ai soggetti di cui esso si avvale nello svolgimento delle proprie funzioni.

Le iniziative di formazione possono svolgersi anche a distanza mediante l'utilizzo di sistemi informatici (es.: video conferenza, *e-learning*).

La formazione del personale ai fini dell'attuazione del Modello è gestita dal Capo Area Personale. L'Organismo di Vigilanza verifica l'adeguatezza dei programmi di formazione, le modalità di attuazione e i risultati.

La partecipazione ai programmi di formazione di cui al presente punto ha carattere di obbligatorietà. La violazione di tali obblighi, costituendo violazione del Modello, risulta assoggettata alle previsioni di cui al precedente punto 15 (sez. B) *Il sistema sanzionatorio*.

17. Protocolli di Prevenzione Generali

17.1 Principi Generali di Prevenzione

Il sistema protocollare per la prevenzione dei reati – perfezionato dalla Società sulla base delle indicazioni fornite dalle Linee Guida di Confindustria, dall'elaborazione giurisprudenziale, nonché dalle "*best practices*" internazionali – è stato realizzato applicando alle singole attività sensibili i seguenti Principi Generali di Prevenzione, che guidano i Protocolli di Prevenzione Generali di cui al successivo punto 17.2. (sez. B) e i Protocolli di Prevenzione Specifici di cui ai punti 4 delle singole Parti Speciali:

- **Regolamentazione:** esistenza di disposizioni aziendali idonee a fornire principi di comportamento, regole decisionali e modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili, nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante;
- **Tracciabilità:** i) ogni operazione relativa all'attività sensibile deve essere, ove possibile, adeguatamente documentata; ii) i processi di decisione, autorizzazione e svolgimento dell'attività sensibile devono essere verificabili *ex post*, anche tramite appositi supporti documentali e, in ogni caso, devono essere disciplinati con dettaglio i casi e le modalità dell'eventuale possibilità di cancellazione o distruzione delle registrazioni effettuate;
- **Separazione dei compiti:** separazione delle attività tra chi autorizza, chi esegue e chi controlla. Tale segregazione è garantita dall'intervento, all'interno di uno stesso macro processo aziendale, di più soggetti al fine di garantire indipendenza e obiettività dei processi. La separazione delle funzioni è attuata anche attraverso l'utilizzo di sistemi informatici che abilitano certe operazioni solo a persone identificate ed autorizzate;
- **Procure e deleghe:** i poteri autorizzativi e di firma assegnati devono essere: i) coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate, prevedendo, ove richiesto, indicazione delle soglie di approvazione delle spese; ii) chiaramente definiti e conosciuti all'interno della Società. Devono essere definiti i ruoli aziendali ai quali è assegnato il potere di impegnare la Società in determinate spese, specificando i limiti e la natura delle spese. L'atto attributivo di funzioni deve rispettare gli specifici requisiti eventualmente richiesti dalla legge (es. delega e sub-delega in materia di salute e sicurezza dei lavoratori);
- **Attività di monitoraggio:** è finalizzata all'aggiornamento periodico/tempestivo di procure, deleghe di funzioni nonché del sistema di controllo, in coerenza con il sistema decisionale e con l'intero impianto della struttura organizzativa. Tale attività è di competenza del Consiglio di Amministrazione e/o i Consiglieri delegati nei limiti delle funzioni attribuite. Infine, il protocollo prevede l'esistenza di controlli di processo svolti dai Responsabili di Processo o da un ente terzo sovraordinato.

17.2 Protocolli di Prevenzione Generali

Nell'ambito delle attività sensibili individuate per ciascuna tipologia di reato (si vedano le successive parti speciali del Modello), i Protocolli di Prevenzione Generali prevedono che:

- a) per tutte le operazioni, la formazione e l'attuazione delle decisioni della Società rispondano ai principi ed alle prescrizioni contenute nelle disposizioni di legge, dell'atto costitutivo, del Codice di Autodisciplina, del Codice Etico e delle procedure aziendali;
- b) siano definite e adeguatamente comunicate le disposizioni aziendali idonee a fornire principi di comportamento, regole decisionali e modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili, nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante;
- c) per tutte le operazioni:
 - siano formalizzate le responsabilità di gestione, coordinamento e controllo all'interno dell'azienda, nonché i livelli di dipendenza gerarchica e la descrizione delle relative responsabilità;
 - siano sempre documentabili e ricostruibili le fasi di formazione degli atti;

- siano sempre formalizzati e documentabili i livelli autorizzativi di formazione degli atti, a garanzia della trasparenza delle scelte effettuate;
 - la Società adotti strumenti di comunicazione dei poteri di firma conferiti che, anche attraverso la pubblicazione del sistema delle deleghe e procure sulla rete *intranet* aziendale, ne garantiscano la conoscenza nell'ambito aziendale;
 - l'assegnazione e l'esercizio dei poteri nell'ambito di un processo decisionale sia congruente con le posizioni di responsabilità e con la rilevanza e/o la criticità delle sottostanti operazioni economiche;
 - non vi sia identità soggettiva fra coloro che assumono o attuano le decisioni, coloro che devono dare evidenza contabile delle operazioni decise e coloro che sono tenuti a svolgere sulle stesse i controlli previsti dalla legge e dalle procedure contemplate dal sistema di controllo interno;
 - l'accesso ai dati della Società sia conforme al D. Lgs. n. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni, anche regolamentari;
 - l'accesso e l'intervento sui dati della Società sia consentito esclusivamente alle persone autorizzate;
 - sia garantita la riservatezza nella trasmissione delle informazioni;
 - i documenti riguardanti la formazione delle decisioni e l'attuazione delle stesse siano archiviati e conservati, a cura della funzione competente, con modalità tali da non permetterne la modificazione successiva, se non con apposita evidenza. L'accesso ai documenti già archiviati è consentito solo alle persone autorizzate in base alle norme interne, nonché al Collegio Sindacale, alla Società di Revisione e all'Organismo di Vigilanza.
- d) per ciascuno dei processi cui fanno capo le attività sensibili elencate nel presente Modello sia individuato, nelle Parti Speciali dello stesso, un Responsabile di Processo, salva la *Parte Speciale E* in considerazione della specificità della materia della sicurezza sul lavoro. In particolare il Responsabile di Processo:
- è formalmente riconosciuto dal sistema organizzativo aziendale (es. deleghe interne, *job description*, procedure), nel rispetto degli eventuali requisiti di efficacia stabiliti dalla legge per l'atto attributivo di funzioni;
 - è dotato di tutte le leve necessarie per perseguire gli obiettivi interni del processo stesso, nel rispetto dei tempi e dei principi che lo regolano;
 - è in grado di sovrintendere a tutte le fasi principali del processo interessato, coordinando e attivando i diversi soggetti appartenenti alle unità organizzative che vi partecipano, o che lo stesso ritenga di dover far partecipare;
 - ha piena visibilità su tutto il processo nonché accesso (diretto o indiretto) a tutte le informazioni al riguardo;
- Il *Responsabile di Processo* ha la specifica responsabilità di:
- garantire che il processo sia svolto in conformità alle disposizioni interne (ad es. procedure aziendali e linee guida) ed alla normativa vigente in materia;
 - garantire che vengano eseguiti, da parte dei singoli soggetti che partecipano al processo, tutti i punti di controllo sulle attività sottostanti;
 - assicurare che l'intero processo venga svolto nel rispetto dei principi di trasparenza e tracciabilità, in base ai quali ogni operazione deve essere dotata di adeguato supporto documentale;

- informare periodicamente l'Organismo di Vigilanza secondo quanto definito dal precedente punto 13.2 (sez. B) e dalle procedure operative specifiche, e comunque immediatamente qualora si riscontrino anomalie o si verifichino particolari situazioni critiche (es. violazioni o sospetto di violazioni del Modello e del Codice Etico, casi di inefficacia, inadeguatezza e difficoltà di attuazione dei protocolli di controllo).
- e) per ciascuna delle attività sensibili elencate nel presente Modello siano individuati, nelle Parti Speciali dello stesso, i relativi Responsabili Interni per le Attività Sensibili, salva la *Parte Speciale E*, in considerazione della specificità della materia della sicurezza sul lavoro. Tali figure corrispondono ai responsabili delle unità organizzative competenti per le suddette attività sensibili.

In particolare il *Responsabile Interno per l'Attività Sensibile*:

- è formalmente riconosciuto dal sistema organizzativo aziendale (es. deleghe interne, *job description*, procedure), nel rispetto degli eventuali requisiti di efficacia stabiliti dalla legge per l'atto attributivo di funzioni;
- è dotato di tutte le leve necessarie per perseguire gli obiettivi interni delle attività di competenza, nel rispetto dei tempi e dei principi che le regolano;
- è in grado di sovrintendere alle attività di competenza, coordinando e attivando i diversi soggetti appartenenti alla propria unità organizzativa;
- ha piena visibilità su tutte le attività di propria competenza nonché accesso (diretto o indiretto) a tutte le informazioni al riguardo.

Il *Responsabile Interno per l'Attività Sensibile* ha la specifica responsabilità di:

- garantire che le attività di competenza siano svolte in conformità alle disposizioni interne (ad es. procedure aziendali e linee guida) ed alla normativa vigente in materia;
- porre in essere i controlli, diretti e indiretti, atti a garantire la correttezza, la veridicità e l'aggiornamento del risultato delle attività di propria competenza (es. dati, informazioni, documenti forniti al *Responsabile del Processo*);
- assicurare e certificare la correttezza, la veridicità e l'aggiornamento del risultato delle attività di propria competenza nel rispetto dei principi di trasparenza e tracciabilità, in base ai quali ogni operazione deve essere dotata di adeguato supporto documentale;
- informare immediatamente l'OdV e per conoscenza il Responsabile di Processo, secondo quanto definito dal precedente punto 13.2 (sez. B), qualora si verifichino particolari situazioni critiche riguardanti l'efficacia, l'adeguatezza e l'attuazione dei protocolli preventivi;
- denunciare immediatamente all'OdV qualsiasi violazione (o sospetto di violazione) del Modello, del Codice Etico e dei protocolli preventivi.

17.3 Protocolli relativi all'osservanza delle sanzioni interdittive

Nel caso in cui vengano applicate sanzioni o misure cautelari interdittive alla Società ex art. 23 del Decreto:

- è fatto divieto a chiunque di porre in essere qualunque operazione in violazione degli obblighi e divieti di tale sanzione o misura;
- i Responsabili di Processo esercitano la necessaria supervisione al fine di identificare preliminarmente le eventuali operazioni che, ancorché solo potenzialmente, possano costituire una violazione degli obblighi e dei divieti di

cui alle sanzioni o misure cautelari interdittive.

I Responsabili di Processo, nel caso in cui rilevino in una determinata operazione caratteristiche riconducibili anche in parte ad una violazione, ancorché solo potenziale, degli obblighi derivanti dalle sanzioni o dalle misure cautelari interdittive:

- sospendono ogni attività inerente l'operazione in oggetto;
- inviano tempestivamente specifica informativa al Direttore Generale che analizza, anche per il tramite di legali esterni, l'operazione, fornendo l'interpretazione ed il dettaglio dell'*iter* procedurale da intraprendere.

Copia della nota informativa predisposta dai Responsabili di Processo e della documentazione predisposta dalla Direzione Operativa è tempestivamente trasmessa all'OdV.

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231



Allegato 3 Codice Etico

NOMENTANA HOSPITAL

**CODICE ETICO
DI COMPORTAMENTO**

2022

Nomentana Hospital, Largo Berloco n. 1 - Roma - <http://nomentanahospital.it>

INDICE

1. PREMESSA	5
2. PRINCIPI GENERALI	5
2.1. PRINCIPI ETICI GENERALI	5
2.2. DESTINATARI DEL CODICE ETICO	6
2.3. OBBLIGHI DEI DESTINATARI	6
2.4. IL RAPPORTO DI ACCREDITAMENTO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	7
2.5. VALORE CONTRATTUALE DEL CODICE ETICO	7
3. PRINCIPI NEI RAPPORTI CON I TERZI	7
3.1. PRINCIPI GENERALI	7
3.2. RAPPORTI CON GLI UTENTI	8
3.3. RAPPORTI CON I DIPENDENTI E CON I MEDICI	8
3.4. RAPPORTI CON I COLLABORATORI E CON I CONSULENTI	10
3.5. RAPPORTI CON I FORNITORI	10
3.6. RAPPORTI CON ALTRI EROGATORI	11
3.7. RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	11
3.8. RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI	12
3.9. RAPPORTI CON I SOGGETTI DI VIGILANZA E DI CONTROLLO	12
3.10. RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	13
3.11. RAPPORTI CON I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA	13
4. AMBIENTE, SALUTE E SICUREZZA	13

5. PRINCIPI NELLE ATTIVITA' CONTABILI E DI TRATTAMENTO DEI DATI	14
5.1. REGISTRAZIONI CONTABILI	14
5.2. TUTELA DELLA PRIVACY	14
6. POLITICHE DEL PERSONALE	15
6.1. RAPPORTI CON LE RISORSE UMANE	15
6.2. MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO	16
6.3. ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE O STUPEFACENTI	16
6.4. FUMO	16
6.5. UTILIZZO DI BENI AZIENDALI	16
7. VERIFICHE	16
7.1. CONTROLLI INTERNI	16
7.2. REGISTRAZIONE DELLE OPERAZIONI	17
7.3. SEGNALAZIONI E OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ODV	17
8. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL DISPOSTO DEL CODICE ETICO	18
8.1. ORGANISMO DI VIGILANZA	18
8.2. DIFFUSIONE CODICE ETICO	18
8.3. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIPENDENTI	18
8.4. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIRIGENTI, GLI AMMINISTRATORI ED I SINDACI	19
8.5. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I COLLABORATORI, I CONSULENTI E ALTRI TERZI	19

Codice etico di comportamento

1. PREMESSA

Nomentana Hospital Casa di Cura Privata Accreditata, di seguito semplicemente *Nomentana Hospital*, è una struttura gestita da Nomentana Hospital S.r.l., di seguito anche semplicemente *Società*, per erogare e gestire, in forma integrata con il SSR e coerentemente con le norme nazionali e regionali e gli indirizzi della Regione Lazio, servizi di assistenza per la riabilitazione neuromotoria e cardiovascolare, oltre all'assistenza per problemi ortopedici, neurologici, respiratori, geriatrici e fisiatrici. La struttura è sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nello svolgimento delle prestazioni sanitarie, a tutela della posizione e dell'immagine propria, delle aspettative dei propri soci e del lavoro dei propri dipendenti e collaboratori. Si impegna ad assicurare le migliori prestazioni di diagnosi e cura, in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia, sistematicità e continuità richieste dallo stato del malato, al quale garantisce la più esaustiva informazione sulle modalità di cura adottate. I principi ispiratori del Codice Etico sono contenuti nel presente documento. Nomentana Hospital auspica la spontanea condivisione, adesione e diffusione del Codice e ne prescrive l'osservanza e l'applicazione da parte di ogni soggetto che operi per conto della struttura o che venga in contatto con la stessa. E' prevista l'applicazione di sanzioni disciplinari e/o contrattuali per le eventuali violazioni del Codice.

2. PRINCIPI GENERALI

2.1. PRINCIPI ETICI GENERALI

Nell'erogazione delle prestazioni sanitarie Nomentana Hospital si ispira ai principi etici di seguito enunciati, dei quali richiede l'osservanza da parte dei soggetti coinvolti nelle attività. La Nomentana Hospital S.r.l. conduce la propria attività nel rispetto delle normative dell'UE, nazionali e internazionali, respingendo la corruzione ed ogni pratica illegale. Nessun comportamento contrario alla legislazione vigente, al presente Codice Etico o alle normative regionali posto in essere dagli organi di governo societario, dalla direzione aziendale ed in generale da tutti i dipendenti e collaboratori nell'esecuzione delle mansioni o degli incarichi affidati, anche se motivato dal perseguimento di un interesse o di un vantaggio della Società, può considerarsi tollerato e giustificato, e comporta l'adozione di provvedimenti sanzionatori. La Società considera di fondamentale importanza lo svolgimento delle prestazioni da parte dei dipendenti e dei collaboratori della stessa secondo diligenza, competenza, professionalità ed efficienza, anche al fine di fornire agli utenti prestazioni di elevato livello qualitativo. La Struttura considera l'imparzialità di trattamento un valore fondamentale nell'ambito della propria attività. La Struttura considera la propria immagine e la propria reputazione valori che, in quanto patrimonio comune, devono essere tutelati e sviluppati anche attraverso la piena diffusione, condivisione ed osservanza dei principi etici e di

comportamento contenuti nel presente Codice. Tutti coloro che agiscono, operano e collaborano a qualsiasi titolo con Nomentana Hospital hanno, nello svolgimento della propria attività per conto della Struttura, il dovere di tenere e far tenere ai propri collaboratori ed ai propri interlocutori un comportamento conforme ai generali principi di assoluta onestà, lealtà, buona fede, correttezza e diligenza, oltre che agli specifici obblighi che possano derivare dalla deontologia e, comunque, da quei principi ritenuti dovuti in virtù del contesto e delle finalità della propria missione. In nessun modo la convinzione di agire nell'interesse o a vantaggio della struttura può giustificare l'adozione di comportamenti in contrasto con i principi indicati nel presente Codice.

2.2. DESTINATARI DEL CODICE ETICO

Le norme del Codice Etico si applicano senza eccezione ai dipendenti di Nomentana Hospital ed a tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, vi istaurano, a qualsiasi titolo, rapporti e relazioni di collaborazione, cooperando allo svolgimento della sua attività ed al perseguimento dei suoi fini, fatto salvo ovviamente il rispetto dei doveri professionali propri dei professionisti che entrano in rapporto con la società (ad es. rispetto del segreto professionale). I principi del Codice Etico devono ispirare i componenti del Consiglio di Amministrazione e, in ogni caso, degli organi di direzione, in qualsiasi decisione od azione relativa alla gestione aziendale; del pari i dirigenti, nel dare concreta attuazione all'attività di direzione, dovranno ispirarsi ai medesimi principi, anche al fine di rappresentare un modello di riferimento per i dipendenti e i collaboratori. Ogni Responsabile della struttura:

- rappresenta con il proprio comportamento un esempio per i propri collaboratori;
- promuove l'osservanza delle norme del Codice da parte dei "Destinatari";
- opera affinché i "Destinatari" comprendano che il rispetto delle norme del Codice costituisce parte essenziale della qualità della prestazione di lavoro e della propria attività;
- adotta misure correttive immediate quando richiesto dalla situazione;
- si adopera per impedire, nei limiti delle proprie competenze e attribuzioni, possibili comportamenti non conformi alla normativa vigente, al presente Codice o alle norme interne.

2.3. OBBLIGHI DEI DESTINATARI

Tutte le azioni, le operazioni e le negoziazioni e, in genere, i comportamenti posti in essere dai "Destinatari" del presente Codice nello svolgimento dell'attività lavorativa devono essere improntati ai principi di onestà, correttezza, integrità, trasparenza, legittimità, chiarezza e reciproco rispetto. I "Destinatari" si impegnano a collaborare attivamente alle attività di verifica – interne ed esterne – secondo le norme vigenti e le procedure interne. Tutte le attività devono essere svolte con impegno e rigore professionale. Ciascun "Destinatario" deve fornire apporti professionali adeguati alle responsabilità assegnate e deve agire in modo da

tutelare il prestigio e l'immagine della Struttura e della Regione per la quale opera. I dipendenti di Nomentana Hospital, oltre che adempiere ai doveri generali di lealtà, correttezza ed esecuzione del contratto di lavoro secondo buona fede, devono astenersi dallo svolgere attività in concorrenza con quelle dell'Azienda, rispettare le regole aziendali ed attenersi ai precetti del Codice. Per quanto concerne eventuali situazioni che possono condurre a conflitti di interesse con quelli di Nomentana Hospital, i "Destinatari" devono attenersi scrupolosamente alla normativa vigente e alle prescrizioni del presente Codice. I dipendenti e tutti coloro che intrattengono rapporti di collaborazione con Nomentana Hospital sono tenuti ad adeguare i propri comportamenti alle disposizioni ed ai principi del Codice Etico, non assumendo iniziative in contrasto con il Codice medesimo. Per tutelare l'immagine e la reputazione di Nomentana Hospital è indispensabile che i rapporti nei confronti di soggetti esterni all'azienda siano improntati:

- alla piena trasparenza e correttezza;
- al rispetto della legge, con particolare riferimento alle disposizioni in tema di reati contro la Pubblica Amministrazione; all'indipendenza nei confronti di ogni forma di condizionamento, sia interno che esterno.

2.4. IL RAPPORTO DI ACCREDITAMENTO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nomentana Hospital, gestita da Nomentana Hospital S.r.l., è consapevole dell'importanza e del significato sociale, per la collettività, del servizio erogato. Nomentana Hospital svolge il servizio affidato in regime di accreditamento con il servizio sanitario regionale e deve operare nel rispetto delle previsioni contenute nel Contratto stipulato con la ASL RMG e con la Regione Lazio, al precipuo fine di consentire agli utenti del servizio il pieno e continuativo esercizio del proprio diritto alla libera e sicura scelta delle prestazioni sanitarie. Nell'ambito dello svolgimento della propria attività ed in considerazione della rilevanza pubblica del servizio erogato, Nomentana Hospital ripone la massima cura nella valorizzazione dell'immagine della tutela alla salute.

2.5. VALORE CONTRATTUALE DEL CODICE ETICO

L'osservanza delle norme e delle previsioni contenute nel Codice Etico costituisce parte integrante ed essenziale delle obbligazioni contrattuali derivanti dai rapporti di lavoro subordinato, per i lavoratori dipendenti, e dai regolamenti contrattuali, per i collaboratori non subordinati. L'ingiustificata violazione delle suddette norme costituirà inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro o di collaborazione, con ogni conseguenza di legge e/o di contratto.

3. PRINCIPI NEI RAPPORTI CON I TERZI

3.1. PRINCIPI GENERALI

Nei rapporti con i terzi Nomentana Hospital si ispira a principi di lealtà, correttezza, trasparenza ed efficienza. I dipendenti della Nomentana Hospital S.r.l. che gestisce la struttura ed i collaboratori esterni dovranno seguire comportamenti

corretti negli affari di interesse dell'Azienda e nei rapporti con la Pubblica Amministrazione. Sono esplicitamente proibite tutte le pratiche di corruzione, frode, truffa, favori illegittimi, comportamenti collusivi, sollecitazioni (dirette e/o attraverso terzi) di vantaggi personali e di carriera per sé o per altri. Nomentana Hospital si impegna ad individuare e definire specifiche modalità di gestione trasparente, documentate e tracciabili, delle risorse finanziarie in entrata ed in uscita, idonee ad impedire la commissione di reati.

3.2. RAPPORTI CON GLI UTENTI

La struttura e tutti i suoi collaboratori, devono perseguire la massima soddisfazione degli utenti, assicurando agli stessi informazioni veritiere ed esaurienti sui protocolli clinici di cura adottati e sui servizi forniti, in modo da consentire agli stessi l'assunzione di decisioni consapevoli (cd. "consenso informato alle cure"). Il consenso del paziente a compiere un determinato trattamento medico rappresenta *condicio sine qua non* per la corretta instaurazione del rapporto d'opera professionale, in ossequio dei principi costituzionalmente garantiti e, in ogni caso, attuazione di un principio etico che si colloca nel rapporto tra medico e paziente. L'utente, all'esito della completa e complessiva valutazione della diagnosi, del trattamento sanitario proposto dal medico, dello scopo del trattamento, delle possibili alternative e dei rischi eventualmente associati al trattamento, è in grado di poter decidere liberamente se sottoporsi al trattamento medico, esprimendo il consenso. Al fine di consentire un consenso informato Nomentana Hospital s'impegna a:

- garantire al paziente (o a suo delegato) la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate;
- non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o d'altro tipo, ingannevoli o non veritieri;
- assicurare adeguata ed esaustiva informazione anche ad utenti stranieri, ove necessario mediante l'utilizzo di interpreti con adeguate competenze linguistiche;
- vietare l'adozione da parte di tutti i collaboratori, di comportamenti favorevoli a disparità di trattamento o posizioni privilegiate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Al fine di stabilire un miglior rapporto con gli utenti, Nomentana Hospital si impegna altresì a verificare periodicamente il corretto funzionamento dell'Ufficio deputato alle Relazioni con il Pubblico.

3.3. RAPPORTI CON I DIPENDENTI E CON I MEDICI

Nomentana Hospital S.r.l. provvede alla più ampia diffusione del Codice Etico presso i medici ed i dipendenti, anche eventualmente attraverso la pubblicazione sul sito internet aziendale. La Società procede all'individuazione ed alla selezione dei medici e dei dipendenti con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio, nel pieno rispetto della normativa vigente e delle

procedure interne. Nomentana Hospital richiede che i propri medici e i propri dipendenti conoscano ed osservino le prescrizioni del Codice Etico e che, compatibilmente con le possibilità individuali, ne promuovano la conoscenza presso i dipendenti neoassunti nonché presso i terzi interessati dall'applicazione dello stesso con i quali vengano in contatto per ragioni del loro Ufficio. I medici ed i dipendenti hanno l'obbligo di:

- astenersi da comportamenti contrari alle norme del Codice Etico ed esigerne il rispetto;
- rivolgersi ai propri superiori o alle funzioni a ciò deputate in caso di necessità di chiarimenti sulle modalità di applicazione delle stesse;
- riferire tempestivamente ai superiori o alle funzioni a ciò deputate: a) qualsiasi notizia, di diretta rilevazione o riportata da altri, in merito a possibili violazioni delle norme del Codice Etico; b) qualsiasi richiesta di violare le norme che sia stata loro rivolta;
- collaborare per la verifica delle possibili violazioni con le strutture a ciò deputate. Il dipendente non potrà condurre indagini personali o riportare le notizie ad altri se non ai propri superiori o alle funzioni a ciò eventualmente deputate. Sono vietate le segnalazioni anonime. I dipendenti sono, quindi, tenuti a segnalare all'Organismo di Vigilanza (e, ove non ancora costituito, all'Amministrazione) ogni violazione del Codice Etico di cui vengano a conoscenza. Qualunque segnalazione infondata ed effettuata in mala fede al fine di arrecare nocumento a colleghi e/o collaboratori verrà considerata infrazione e sanzionata disciplinarmente. La Società pone la massima e costante attenzione nella valorizzazione delle risorse umane. A tal fine considera il criterio meritocratico, della competenza professionale, dell'onestà e della correttezza di comportamento fondamentali privilegiati per l'adozione di ogni decisione concernente la carriera e ogni altro aspetto relativo al dipendente. I dipendenti sono tenuti a porre in essere una condotta costantemente rispettosa dei diritti e della personalità dei colleghi, dei collaboratori e dei terzi, indipendentemente dalla loro posizione gerarchica all'interno dell'Azienda. I medici e i dipendenti devono utilizzare correttamente i beni aziendali messi a loro disposizione salvaguardando, in generale, il valore del patrimonio aziendale. Nomentana Hospital riconosce e rispetta il diritto dei medici e dei dipendenti a partecipare ad investimenti, affari o ad attività di altro genere al di fuori di quella svolta nell'interesse dell'Azienda stessa, purché si tratti di attività consentite dalla legge e/o dal CCNL di settore, nonché compatibili con gli obblighi assunti in qualità di dipendenti. In ogni caso, i dipendenti devono evitare tutte le situazioni e tutte le attività in cui si possa manifestare un conflitto con gli interessi della Struttura o che possano interferire con la loro capacità di assumere, in modo imparziale, decisioni nel migliore interesse di Nomentana Hospital e nel pieno rispetto delle norme del Codice Etico. Ogni situazione che possa costituire o determinare un conflitto di interesse deve essere tempestivamente comunicata al superiore o alla funzione a ciò deputata. In particolare, tutti i medici e i dipendenti sono tenuti ad evitare conflitti di interesse tra le attività economiche personali e familiari e le mansioni/funzioni che ricoprono all'interno della struttura di appartenenza. Sono

tenuti a curare le proprie competenze e coltivare la propria professionalità, maturando esperienza e collaborazione, stimolando la crescita professionale dei propri collaboratori; a contribuire, mediante il costante impegno professionale ed il corretto comportamento personale, al raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di eccellenza propri di Nomentana Hospital nell'erogazione dei servizi sanitari, didattici e scientifici; ad aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente; ad osservare scrupolosamente i precetti previsti dai Codici Deontologici nella misura applicabile al loro operato.

In particolare ai dipendenti, collaboratori e medici è vietato:

- utilizzare strumenti di persuasione scientifica o di altro genere i cui contenuti siano ingannevoli o comunque non veritieri;
- erogare prestazioni non necessarie o dichiarare prestazioni non effettivamente erogate;
- utilizzare codici di diagnosi e cura diversi dai codici corrispondenti alla prestazione effettivamente erogata;
- contabilizzare prestazioni ambulatoriali nell'ambito dei ricoveri ordinari;
- duplicare la fatturazione della medesima prestazione o non emettere note di credito qualora siano state fatturate, anche per errore, prestazioni inesistenti o non finanziabili;
- tenere comportamenti che tendano ad alterare la corretta gestione delle liste d'attesa;
- alterare o manomettere i contenuti della Cartella Clinica in ogni sua parte;
- usufruire, per proprie finalità, dei progetti, dei sistemi, dei procedimenti, delle metodologie, dei rapporti o di altra invenzione o attività sviluppata dalla Struttura e di cui quest'ultima è titolare dei diritti di proprietà individuale.

3.4. RAPPORTI CON I COLLABORATORI E CON I CONSULENTI

La Società procede all'individuazione ed alla selezione dei collaboratori e dei consulenti con assoluta imparzialità, autonomia ed indipendenza di giudizio, fatte salve le implicazioni della natura eventualmente fiduciaria dell'incarico. Quanto stabilito al punto precedente per i dipendenti vale anche per i collaboratori e consulenti esterni, nei limiti dei rapporti intrattenuti con la Struttura. Comportamenti contrari ai principi espressi nel Codice Etico possono essere considerati grave inadempimento ai doveri di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto, motivo di lesione del rapporto fiduciario e giusta causa di risoluzione dei rapporti contrattuali.

3.5. RAPPORTI CON I FORNITORI

Nello svolgimento della propria attività e nella gestione delle relazioni con i clienti, Nomentana Hospital si attiene scrupolosamente alle norme di legge, ai principi del presente Codice, ai contratti in essere ed alle procedure interne. I dipendenti addetti alle relazioni con i fornitori e con i prestatori di servizi devono procedere alla selezione degli stessi ed alla gestione dei relativi rapporti secondo criteri di imparzialità e di correttezza, evitando situazioni di conflitto di interessi anche

potenziale con i medesimi e segnalando all'Ufficio preposto l'esistenza o l'insorgenza di tali situazioni. Nei rapporti di appalto, di approvvigionamento e, in genere, di fornitura di beni e/o servizi è fatto obbligo ai "Destinatari" delle norme del presente Codice di:

- osservare le procedure interne per la selezione e la gestione dei rapporti con i fornitori;
- mantenere un dialogo aperto con i fornitori, in linea con le buone consuetudini commerciali, ma liberi da obblighi personali;
- non accettare beni o servizi da soggetti esterni o interni a fronte dell'ottenimento di notizie riservate o dell'avvio di azioni o comportamenti volti a favorire tali soggetti, anche nel caso non vi siano ripercussioni dirette per la Società;
- segnalare immediatamente qualsiasi tentativo o caso di immotivata alterazione dei normali rapporti commerciali all'OdV.

Gesti di cortesia commerciale, come omaggi o forme di ospitalità, sono ammessi solo nel caso in cui siano di modico valore e comunque tali da non pregiudicare l'integrità o l'indipendenza di giudizio di una delle parti e da non poter essere intesi come finalizzati ad ottenere vantaggi in modo improprio. In ogni caso, tale tipologia di spesa deve essere sempre autorizzata dal proprio Responsabile e documentata in modo adeguato. Parimenti, è fatto divieto agli organi sociali, al *management*, al personale dipendente, ai collaboratori esterni ed in particolar modo in caso di esercizio di una pubblica funzione o di un pubblico servizio, di ricevere e/o richiedere dai/ai fornitori omaggi o trattamenti di favore non attribuibili a normali relazioni di cortesia. In tale ultima ipotesi è fatto obbligo di segnalare formalmente la situazione al proprio Responsabile. Per particolari tipologie di beni/servizi, oltre ai normali criteri di selezione, occorre considerare anche l'esistenza concreta di adeguati sistemi di qualità aziendali.

3.6. RAPPORTI CON ALTRI EROGATORI

La struttura rispetta rigorosamente le disposizioni di legge in materia di concorrenza e si astiene dal porre in essere comportamenti ingannevoli, collusivi e, più in generale, qualunque comportamento che possa integrare una forma di concorrenza sleale.

3.7. RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La Società adotta nelle relazioni con la Pubblica Amministrazione, con Enti che svolgono attività di pubblica utilità o di pubblico interesse o in ogni caso relative a rapporti di carattere pubblicistico, la più rigorosa osservanza delle normative dell'UE, nazionali e regionali applicabili. La gestione di trattative, l'assunzione di impegni e l'esecuzione di rapporti, di qualsiasi genere, con la Pubblica Amministrazione, con Enti che svolgono attività di pubblica utilità o di pubblico interesse o comunque di rapporti aventi carattere pubblicistico sono riservati esclusivamente al Consiglio di Amministrazione od alle funzioni aziendali a ciò

preposte e/o autorizzate. Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, Nomentana Hospital e ogni dipendente, collaboratore o consulente, non deve cercare di influenzare impropriamente le decisioni dell'Istituzione interessata, al fine di ottenere l'esercizio di una sua funzione o di un suo potere o il compimento di atti conformi o contrari ai doveri di ufficio, in particolare offrendo o promettendo autonomamente o a seguito di induzione, direttamente o indirettamente, doni, denaro, favori o utilità di qualunque genere. Il dipendente o il collaboratore che dovesse ricevere indicazioni di operare in violazione dei termini sopra esposti è tenuto a darne immediata comunicazione all'Organismo di Vigilanza, previa sospensione di ogni rapporto. In ogni caso, Nomentana Hospital assicura piena trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, prospetti ed avvisi diretti alla Pubblica Amministrazione. I Destinatari sono tenuti ad astenersi rigorosamente dall'esibire documenti falsi e/o alterati alla PA, ovvero sottrarre e/o omettere l'esibizione, se dovuta, di documenti, informazioni o dati di qualsiasi tipo, ovvero dal tenere una condotta tendente a trarre in inganno la PA, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle attività relative ai ricoveri e alle pratiche ambulatoriali. Ogni operazione erogata per conto del SSN deve essere legittima, congrua e adeguatamente documentata, al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che consentano di (i) verificarne le caratteristiche e le motivazioni e (ii) individuare i soggetti che hanno autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa.

3.8. RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI

Nomentana Hospital:

- non finanzia partiti, i loro rappresentanti e candidati e si astiene da qualsiasi pressione impropria (diretta o indiretta) nei confronti di esponenti politici;
- può aderire a richieste di contributi provenienti da Enti e Associazioni senza fini di lucro;
- le eventuali attività di sponsorizzazione possono riguardare i temi della medicina e della ricerca scientifica, del sociale, dell'ambiente, dello sport, dello spettacolo e dell'arte e sono destinate solo ad eventi che offrano garanzia di qualità. In ogni caso, nella scelta delle proposte a cui aderire, la Struttura è attenta a prevenire e ad evitare ogni possibile conflitto di interessi di ordine personale o della Struttura in quanto tale.

3.9. RAPPORTI CON I SOGGETTI DI VIGILANZA E DI CONTROLLO

La Società, in tutte le sue articolazioni, impronta i propri rapporti con i soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo alla massima collaborazione, nel pieno rispetto del loro ruolo, della loro autonomia e del loro potere di iniziativa, impegnandosi a dare sollecita esecuzione alle loro prescrizioni. La Società si impegna a fornire, anche se necessario in via preventiva, tutte le informazioni richieste dai soggetti deputati alla vigilanza ed al controllo dei servizi erogati, in maniera completa, corretta, adeguata e tempestiva. A tal fine, la struttura

predispone ed attua le apposite ed opportune procedure organizzative deputate ad individuare i soggetti competenti a coordinarsi con gli organi di vigilanza e controllo, nonché a provvedere alla raccolta, elaborazione e trasmissione delle informazioni richieste da tali soggetti.

3.10. RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Nomentana Hospital non eroga contributi di alcun genere, direttamente o indirettamente, ad organizzazioni sindacali, né a loro rappresentanti o candidati, se non nelle forme e nei modi previsti dalle normative vigenti. Le relazioni con le Organizzazioni sindacali sono improntate a principi di correttezza e di collaborazione nell'interesse di Nomentana Hospital, dei dipendenti e della collettività.

3.11. RAPPORTI CON I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA

La Società si rivolge agli organi di stampa e di comunicazione di massa unicamente attraverso il Consiglio di Amministrazione o gli Amministratori e/o la Dirigenza a ciò deputati, in un atteggiamento di massima correttezza, disponibilità e trasparenza, nel rispetto della politica di comunicazione definita dalla struttura e nel rispetto della normativa regionale vigente in materia. I dipendenti non possono fornire informazioni di qualsivoglia natura ai rappresentanti della stampa e dei mass media in genere, né avere con questi alcun tipo di contatto volto alla diffusione di notizie aziendali, senza l'autorizzazione dell'organo amministrazione.

4. AMBIENTE, SALUTE E SICUREZZA

Nomentana Hospital considera l'ambiente e la natura valori fondamentali e patrimonio di tutti, da tutelare e da difendere. A tal fine la Struttura, nell'ambito delle proprie attività, è impegnata a contribuire allo sviluppo e al benessere delle comunità in cui opera, perseguendo l'obiettivo di garantire la sicurezza e la salute dei dipendenti, dei collaboratori esterni e degli utenti. La Società si impegna a gestire le proprie attività nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di ambiente, salute, sicurezza sul lavoro. La gestione operativa deve fare riferimento a criteri avanzati di salvaguardia ambientale e di efficienza energetica, perseguendo il miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro. La ricerca e l'innovazione tecnologica devono essere dedicate in particolare alla promozione di prodotti e processi sempre più compatibili con l'ambiente e caratterizzati da una sempre maggiore attenzione alla sicurezza e alla salute degli operatori. La Società si impegna a diffondere una cultura della sicurezza sul lavoro sviluppando la consapevolezza dei rischi e promuovendo comportamenti responsabili da parte di dipendenti e collaboratori, i quali, nell'ambito delle proprie mansioni e funzioni, partecipano al processo di prevenzione dei rischi, di salvaguardia dell'ambiente e di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro nei confronti di sé stessi, dei colleghi e dei terzi. Le misure generali per la protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori che Nomentana Hospital si impegna ad adottare sono:

- valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- riduzione dei rischi alla fonte;
- programmazione della prevenzione;
- misure igieniche e controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici;
- misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave ed immediato;
- regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine ed impianti;
- informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro.

5. PRINCIPI NELLE ATTIVITA' CONTABILI E DI TRATTAMENTO DEI DATI

5.1. REGISTRAZIONI CONTABILI

Nomentana Hospital osserva le regole di corretta, completa e trasparente contabilizzazione, secondo i criteri indicati dalle disposizioni legislative in materia, ivi incluse quelle penalistiche, civilistiche e fiscali, nonché dai vigenti Principi Contabili definiti dalle apposite Commissioni professionali. Nell'attività di contabilizzazione dei fatti relativi alla gestione della struttura, i dipendenti e i collaboratori sono tenuti a rispettare scrupolosamente la normativa vigente e le procedure interne in modo che ogni operazione sia, oltre che correttamente registrata, anche autorizzata, verificabile e legittima. I dipendenti ed i collaboratori sono tenuti ad agire con trasparenza verso la Società incaricata della revisione contabile, i Sindaci e l'Organismo di Vigilanza, nonché a prestare a questi la massima collaborazione nello svolgimento delle rispettive attività di verifica e controllo. Per ogni operazione è conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire:

- l'agevole registrazione contabile;
- l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità;
- la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi. Ciascuna registrazione deve riflettere esattamente ciò che risulta dalla documentazione di supporto. È compito di ogni "Destinatario" far sì che la documentazione sia facilmente rintracciabile e ordinata secondo criteri logici. I "Destinatari" che venissero a conoscenza di omissioni, falsificazioni o trascuratezze della contabilità o della documentazione su cui le registrazioni contabili si fondano, sono tenuti a riferire tempestivamente i fatti al proprio superiore o alla funzione competente, al fine di consentire l'attivazione delle procedure di verifica ad opera degli Organismi di controllo.

5.2. TUTELA DELLA PRIVACY

Le attività erogate dalla struttura richiedono costantemente l'acquisizione, la conservazione, il trattamento, la comunicazione e la diffusione, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di notizie, documenti ed altri dati attinenti a negoziazioni, procedimenti amministrativi, operazioni finanziarie, *know how*

(contratti, atti, relazioni, appunti, studi, disegni, fotografie, software), etc.. Le banche dati dell'Azienda possono contenere, anche su supporti informatici o telematici:

- dati personali protetti dalla normativa a tutela della privacy;
- dati che per accordi negoziali non possono essere resi noti all'esterno;
- dati la cui divulgazione inopportuna o intempestiva potrebbe produrre danni agli interessi aziendali. Tutte le attività inerenti il trattamento, anche attraverso sistemi informatici o telematici, di dati personali o riservati devono essere gestite nella più stretta osservanza delle disposizioni normative vigenti in materia. È obbligo di ogni "Destinatario" assicurare la riservatezza richiesta dalle circostanze per ciascuna notizia appresa in ragione della propria funzione lavorativa. Nomentana Hospital si impegna a proteggere le informazioni relative ai propri dipendenti e ai terzi, generate o acquisite all'interno e nelle relazioni d'affari, e ad evitare ogni uso improprio di queste informazioni. Le informazioni, conoscenze e dati acquisiti o elaborati dai "Destinatari" durante il proprio lavoro o attraverso le proprie mansioni appartengono all'Azienda e non possono essere utilizzate, comunicate o divulgate senza specifica autorizzazione del superiore o della funzione competente. Fermo restando il divieto di divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'Impresa o di farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio, ogni "Destinatario" dovrà:
 - acquisire e trattare solo i dati necessari ed opportuni per lo svolgimento delle proprie funzioni;
 - acquisire e trattare i dati stessi solo all'interno di specifiche procedure;
 - conservare i dati stessi in modo che venga impedito che altri non autorizzati ne prendano conoscenza;
 - comunicare i dati stessi nell'ambito di procedure prefissate e/o su esplicita autorizzazione delle posizioni superiori e/o funzioni competenti e comunque, in ogni caso, dopo essersi assicurato circa la divulgabilità nel caso specifico dei dati;
 - assicurarsi che non sussistano vincoli assoluti o relativi alla divulgabilità delle informazioni riguardanti i terzi collegati all'Azienda da un rapporto di qualsiasi natura e, se del caso, ottenere il loro consenso;
 - associare i dati stessi con modalità tali che qualsiasi soggetto autorizzato ad avervi accesso possa agevolmente trarne un quadro il più possibile preciso, esauriente e veritiero. Con riferimento al rapporto con gli utenti si rinvia al paragrafo 3.2.

6. POLITICHE DEL PERSONALE

6.1. RAPPORTI CON LE RISORSE UMANE

Nomentana Hospital riconosce un ruolo centrale allo sviluppo delle risorse umane, al rispetto della loro autonomia e all'importanza della loro partecipazione al perseguimento della *mission* aziendale. Nomentana Hospital ribadisce il proprio impegno a combattere qualunque tipo di discriminazione sul luogo di lavoro a causa del sesso, della nazionalità, della religione, delle opinioni politiche, sindacali e personali, delle condizioni economiche. I dipendenti che ritengano di aver

subito discriminazioni possono riferire l'accaduto alla funzione del Personale e/o al proprio responsabile che procederà a verificare l'effettiva violazione del Codice Etico. La struttura ribadisce l'impegno a preservare l'integrità morale e fisica dei propri dipendenti, medici, collaboratori e consulenti.

6.2. MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO

La struttura esige che nelle relazioni di lavoro interne ed esterne non venga dato luogo a molestie, intendendo come tali:

- la creazione di un ambiente di lavoro intimidatorio, ostile o di isolamento nei confronti di singoli o gruppi di lavoratori;
- la ingiustificata interferenza con l'esecuzione di prestazioni lavorative altrui;
- l'ostacolo a prospettive di lavoro individuali altrui per meri motivi di competitività personale. L'Azienda previene, per quanto possibile, e comunque perseguita il *mobbing* e le molestie personali di ogni tipo e quindi anche sessuali.

6.3. ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE O STUPEFACENTI

La struttura richiede che ciascun "Destinatario" contribuisca personalmente a mantenere l'ambiente di lavoro rispettoso della sensibilità degli altri. Nel corso dell'attività lavorativa e nei luoghi di lavoro è fatto divieto assoluto, e sarà pertanto considerata consapevole assunzione del rischio di pregiudizio di tali caratteristiche ambientali:

- prestare servizio sotto gli effetti di sostanze alcoliche, di sostanze stupefacenti o di sostanze di analogo effetto;
- consumare o cedere a qualsiasi titolo sostanze stupefacenti nel corso della prestazione lavorativa, salvo che per scopi sanitari e nei limiti in cui ciò è consentito. L'Azienda si impegna a favorire le azioni sociali previste in materia dalla legislazione vigente.

6.4. FUMO

Nel rispetto della vigente normativa è vietato fumare nei luoghi di lavoro.

6.5. UTILIZZO DI BENI AZIENDALI

E' compito di ogni dipendente custodire con cura e rispetto i beni aziendali, evitando usi impropri dei beni di cui dispone per ragioni d'ufficio. Non è ammesso l'uso difforme dei beni e delle risorse di proprietà dell'azienda e fornite in dotazione al personale e ai collaboratori in ragione dei doveri dei propri uffici.

7. VERIFICHE

7.1. CONTROLLI INTERNI

I "Destinatari" devono essere consapevoli che è in corso d'adozione un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo articolato in molteplici, specifiche e codificate procedure, sistematicamente e costantemente aggiornate al fine di

assicurarne la conformità alla vigente legislazione e la piena efficacia; e coscienti del contributo e della rilevanza che questo Modello organizzativo, gestionale e di controllo assicura al raggiungimento degli obiettivi aziendali strategici, operativi e dell'efficienza. Per controlli interni si intendono tutti gli strumenti necessari o utili a indirizzare, gestire e verificare le attività della Struttura in tutte le sue articolazioni, con l'obiettivo primario di assicurare il rispetto delle leggi e dei provvedimenti regionali, proteggere i beni aziendali, erogare efficientemente le attività sanitarie e fornire dati contabili e finanziari accurati e completi. In questo quadro, alla luce della vigente normativa in materia, detto Modello dovrà, altresì, garantire la Società dal rischio di incorrere nella "responsabilità amministrativa da reato" e nelle sanzioni conseguenti, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.. La responsabilità di creare un sistema di controllo interno efficace è comune ad ogni livello operativo. Conseguentemente tutti i "Destinatari", nell'ambito delle funzioni svolte, sono responsabili della definizione, attuazione e corretto funzionamento dei controlli inerenti le aree operative loro affidate. Nell'ambito delle loro competenze, i responsabili di funzione sono tenuti a essere partecipi del sistema di controllo aziendale e a farne partecipi i loro collaboratori. Ogni operazione e transazione deve essere correttamente registrata, autorizzata, verificabile, legittima, coerente e congrua.

7.2. REGISTRAZIONE DELLE OPERAZIONI

Tutte le prestazioni di Nomentana Hospital devono avere una registrazione adeguata, al fine di assicurare un'efficace e concreta tracciabilità delle stesse, e deve essere possibile la verifica del processo di decisione, autorizzazione e di svolgimento. Per ogni operazione vi deve essere un adeguato supporto documentale al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che attestino le caratteristiche e le motivazioni dell'operazione ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa.

7.3. SEGNALAZIONI E OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ODV

Tutti i Destinatari del Codice interni all'ente e tutto il personale sanitario sono tenuti a segnalare tempestivamente all'ODV ogni comportamento contrario a quanto previsto dal Codice stesso, dal Modello organizzativo di prevenzione dei reati, dalle norme di legge nazionali e regionali e dalle procedure interne. La Struttura si è adoperata al fine di attivare canali di comunicazione dedicati (es. casella di posta elettronica dedicata presso cui inviare le eventuali segnalazioni in ordine al mancato rispetto dei dettami di cui al presente Codice). I segnalanti saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione; sarà inoltre garantita la riservatezza sull'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Società o delle persone accusate erroneamente e/o in malafede.

8. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL DISPOSTO DEL CODICE ETICO

8.1. ORGANISMO DI VIGILANZA

La struttura gestita da Nomentana Hospital S.r.l. ha costituito al proprio interno, ai sensi del decreto legislativo 231/2001 e s.m.i., un Organismo di Vigilanza a carattere collegiale composto da tre membri, (di cui almeno due – Presidente e Vice Presidente – esterni all'organigramma societario), contraddistinto dai requisiti dell'autonomia, indipendenza e professionalità, e conseguentemente dotato di autonomi ed effettivi poteri di iniziativa, di ispezione e di controllo. Tale Organismo, che svolge le funzioni delineate dall'art. 6 del D. Lgs. n. 231/2001, si dota di proprie regole di funzionamento attraverso l'adozione di un apposito Regolamento (Regolamento dell'OdV).

8.2. DIFFUSIONE CODICE ETICO

In ogni caso Nomentana Hospital si impegna a comunicare a tutti i soggetti Destinatari del presente codice i valori ed i principi ivi contenuti, a garantirne la diffusione interna ed esterna, mediante una o più delle seguenti modalità ritenute opportune:

- la distribuzione a tutti i componenti degli Organi Sociali, ai medici, ai collaboratori e ai dipendenti;
- l'affissione in un luogo accessibile e la pubblicazione sul sito internet aziendale;
- la messa a disposizione ai terzi destinatari ed a qualunque altro interlocutore sul sito web aziendale della Società. Tutto il personale medico e dipendente, gli amministratori, i sindaci, i revisori, i consulenti e i principali fornitori devono prendere visione del Codice e impegnarsi a seguire le prescrizioni e le regole in esso contenute.

8.3. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIPENDENTI

Il mancato rispetto e/o la violazione delle regole di comportamento imposte dal Codice Etico e delle procedure aziendali, ad opera di lavoratori dipendenti della Società, costituisce inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro ed illecito disciplinare. Con riferimento alle sanzioni irrogabili, si precisa che esse saranno applicate nel rispetto di quanto previsto dal sistema disciplinare attualmente vigente per le diverse categorie professionali di Nomentana Hospital, e che l'adozione delle stesse avverrà nel rispetto delle previsioni sancite nella richiamata normativa. Tali sanzioni saranno applicate sulla base delle rilevanze che assumono le singole fattispecie considerate e verranno proporzionate in base alla loro gravità. La gestione dei procedimenti disciplinari e l'irrogazione delle sanzioni restano di competenza delle funzioni aziendali a ciò preposte e delegate.

8.4. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I DIRIGENTI, GLI AMMINISTRATORI ED I SINDACI

In caso di violazione, da parte di dirigenti, delle procedure interne e del Codice etico, il Consiglio di Amministrazione e/o gli Amministratori all'uopo delegati e/o i dirigenti eventualmente competenti, valuterà i fatti e i comportamenti ed assumerà le opportune iniziative nei confronti dei responsabili, tenuto presente che tali violazioni costituiscono inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di violazione del Codice Etico da parte degli Amministratori e dei Sindaci, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Consiglio di Amministrazione ed il Collegio Sindacale della Società, i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative ai sensi di legge.

8.5. CONSEGUENZE DELLA VIOLAZIONE DEL CODICE PER I COLLABORATORI, I CONSULENTI E ALTRI TERZI

Ogni comportamento posto in essere dai collaboratori, dai consulenti o da altri terzi collegati a Nomentana Hospital da un rapporto contrattuale non di lavoro dipendente, in violazione delle previsioni del Codice Etico, potrà determinare la risoluzione del rapporto contrattuale, fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni, anche indipendentemente dalla risoluzione del rapporto contrattuale.

Il Codice etico comportamentale deve essere deliberato dal Consiglio di Amministrazione e, all'esito dell'adozione del Modello di organizzazione ex D. Lgs. 231/2001, diviene parte integrante del modello operativo dell'Azienda. Resta in ogni caso ferma la necessità per l'Azienda di organizzarsi e verificare il complesso delle proprie attività, in modo tale che i "Destinatari" del Codice non commettano reati o illeciti – opportunamente e previamente determinati e/o individuati – che contrastino con l'interesse pubblico, screditando l'immagine dell'Azienda.