MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO (MOG) ai sensi del D.Lgs.n.231/01

PARTE GENERALE

INDICE	
Sezione	*Descrizione*
1	Parte Generale
2	Parte Speciale
3	Codice Etico
4	Procedure Correttive

Descrizione e approvazione delle revisioni				
Rev	*Data*	*Descrizione modifica*	*Verifica*	*Approvazione*
0	25/06/2025	Prima emissione		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

PREMESSA....3
DEFINIZIONI....5
1. LA SOCIETA'....6
1.2. I PRINCIPALI PROCESSI INDUSTRIALI E AZIENDALI, ORGANIZZAZIONE E CENNI GENERALI....7
1.2.A. LA FUNZIONE ACQUISTI....8
1.2.A.1. ACQUISTI DI MATERIE PRIME....8
1.2.A.2. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI....11
1.2.B. LA FUNZIONE "PRODUZIONE": EROGAZIONE SERVIZI SANITARI....12
1.2.B.1. L'ORGANIZZAZIONE....12
1.2.B.2. LE UNITA' OPERATIVE E IL POLIAMBULATORIO....13
1.2.B.3. L'EROGAZIONE DEI SERVIZI....14
1.2.C. LE FUNZIONI SICUREZZA ED AMBIENTE ED I RELATIVI PROCESSI....15
1.2.C.1. L'ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA E SALUTE IN AZIENDA....15
1.2.C.2. LA SEZIONE AMBIENTE IN CONFORMITÀ AL D.LGS. N. 152/06 E S.M.I....16
1.2.C.3. LA GESTIONE DEI RIFIUTI....17
1.2.D. LA FUNZIONE AMMINISTRATIVA E LA REDAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO....17
1.2.D.1. L'ORGANIZZAZIONE....17
1.2.D.2. LA FATTURAZIONE ATTIVA....17
1.2.D.3. LA FATTURAZIONE PASSIVA....18
1.2.D.4. I PAGAMENTI....18
1.2.D.5. LE IMPOSTE....18
1.2.D.6. IL FONDO CASSA AZIENDALE, GLI ASSEGNI E LE CARTE DI CREDITO....18
1.2.D.7. LA TESORERIA....19
1.2.D.8. GLI INVESTIMENTI....19
1.2.D.9. LA PROCEDURA DI BILANCIO....19
1.2.D.10. IL CONTROLLO DI GESTIONE E BUDGET....20
1.2.E. LA FUNZIONE REGOLATORIA....20
1.2.E.1. I RAPPORTI CON LA P.A....20
1.2.E.2. LA PROCEDURA DI FISSAZIONE *BUDGET* CON LA AUSL DI RIFERIMENTO....20
1.2.F. IL SERVZIO RISORSE UMANE E AMMINISTRAZIONE PERSONALE....21
1.2.G. LA FUNZIONE I.T. INFORMATION & TECNOLOGY....22
2 LA NORMATIVA....22
2.1. I REATI....22
2.2. I SOGGETTI DESTINATARI DEL DECRETO....26
2.3. LA CONDIZIONE ESIMENTE....26
3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI GESTIONE (MOG)....27
3.1. PREDISPOSIZIONE MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE E CONTROLLO....27
NOTE....28

PREMESSA

Con il presente documento, composto da una Parte Generale, una Parte Speciale, un Codice Etico ed allegate procedure, "CASA DI CURA FOGLIANI" decide di dare vita al proprio Modello di Organizzazione e Gestione e Controllo previsto nel D. Lgs. n. 231/01[i].

Scopo del Modello, da ora in poi definito MOG, è quello di assicurare la messa a punto di un quadro regolamentare coerente, modulato sulle specifiche esigenze preventive del sistema aziendale che, con la definizione di protocolli "idonei a prevenire i reati", deve assicurare la scissione della responsabilità amministrativa delle società da quella gravante sui singoli e derivante dalla commissione dei cd. "reati presupposto" per far sì che nessun rimprovero sia consentito muovere alla società, avendo essa posto in essere quanto poteva e doveva fare.

Il MOG si concretizzerà, di fatto, in un articolato sistema piramidale di principi e procedure, che poggia sui principi contenuti nel Codice Etico, ed in parte sulle procedure del sistema di gestione della qualità, che mette in luce e valorizza alcuni principi generali quali la trasparenza, la correttezza e la lealtà, ai quali il sistema aziendale di "CASA DI CURA FOGLIANI" ha ispirato e a tutt'oggi ispira lo svolgimento e la conduzione della propria attività d'impresa.

Proprio in ragione dei valori cui "CASA DI CURA FOGLIANI" ispira l'esercizio della propria attività, la Società - per tramite dei propri referenti - ha partecipato attivamente alle attività di stesura del Modello, considerando questo un vero e proprio strumento di responsabilità sociale dell'impresa, intesa nel senso più ampio, ed un punto di riferimento dal quale potranno scaturire benefici per una molteplicità di soggetti, come i dirigenti, i consulenti, i clienti, i fornitori, i *partner*, i dipendenti e tutti gli altri soggetti i cui interessi sono legati alla vita dell'ente.
In altre parole, tutti quei soggetti riconosciuti nella letteratura aziendalista sotto la definizione di *stakeholder*.

Lo sforzo compilativo si è pertanto diretto innanzitutto nella comprensione prima e nel censimento poi di tutti i processi aziendali, al fine di misurarne la concreta permeabilità alle fattispecie di reato presupposto.

In fase di redazione del Modello si è ribadito, poi, che il sistema complessivo aziendale deve tendere a:

- Rendere consapevoli tutte le persone facenti parte della struttura aziendale, sia di governo sia esecutiva, che eventuali comportamenti illeciti possono comportare sanzioni penali ed amministrative, sia per il singolo che per l'azienda;
- Garantire la correttezza dei comportamenti dell'ente e delle persone che lo rappresentano, nel completo rispetto della normativa esterna e interna;
- Rafforzare meccanismi di controllo, monitoraggio e sanzionatori atti a contrastare la commissione di reati;
- Mettere in valore le scelte conformi ad etica economica, sociale e comportamentale, trasparenza e correttezza.

Il nostro ordinamento giuridico all'uopo, per il buon funzionamento del modello organizzativo e di gestione, spinge a creare un sistema aziendale particolarmente sensibile a linee di condotta coerenti e trasparenti ed all'introduzione di regole specifiche, tese ad evitare il maturare ed il consolidarsi di situazioni ambientali favorevoli alla commissione dei reati che comportano la responsabilità degli enti, ai sensi del D.Lgs. n. 231/01, il cui elenco viene costantemente aggiornato quando il legislatore approfondisce l'importanza ed il rilievo di specifiche tipologie criminose, in rapporto alla responsabilità d'impresa.

Alla luce di quanto riportato, si è pertanto inteso sviluppare la Parte Generale del Modello dell'ente mediante la descrizione dei principali processi che compongono l'attività d'impresa della società medesima e, del pari, si è proceduto

alla composizione della Parte Speciale che si è tradotta nella declinazione operativa, tipizzata sulle fattispecie penali, di quanto espresso dai principi del Codice Etico.

Un futuro sistema di controllo interno dell'ente, coordinato da un Organismo di Vigilanza di futura e prossima costituzione, sarà il mezzo per assicurare effettività al MOG e risulterà costituito da un insieme di "strumenti" che dovranno fornire una ragionevole garanzia, in ordine al raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia operativa, di affidabilità delle informazioni finanziarie e gestionali, rispetto delle leggi e dei regolamenti, nonché di salvaguardia del patrimonio sociale, anche contro possibili frodi.

Il sistema di controllo interno trae quindi fondamento e si qualifica per alcuni principi generali, appositamente definiti nell'ambito del MOG, il cui campo di applicazione si estenderà trasversalmente a tutti i diversi livelli organizzativi.

Gli schemi di controllo interno fanno parte del modello e sono elaborati per i vari processi operativi aziendali e per i processi strumentali rispetto all'espletamento di certe attività. Tali schemi ripropongono in maniera costante la medesima struttura, che si concretizza in un complesso di regole per individuare le principali fasi di ogni processo ed i reati che possono essere commessi in relazione a ciascuno di essi, rimarcando le specifiche attività di controllo che possono ragionevolmente prevenire i correlati rischi di reato e gli appositi flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza, che possono evidenziare le situazioni di eventuale inosservanza delle procedure stabilite nei modelli di organizzazione.

Gli schemi di controllo interno di "CASA DI CURA FOGLIANI" sono stati elaborati alla luce di alcuni criteri fondanti costituiti dalla separazione dei ruoli nello svolgimento delle attività inerenti ai vari processi, nella "tracciabilità" delle scelte, tesa a consentire la loro costante trasparenza (ad es. mediante apposite evidenze documentali), l'individuazione di chiari "punti" di responsabilità e la motivazione leggibile delle scelte. L'oggettivazione dei processi decisionali si basa sulla previsione che, nell'assumere decisioni, si deve realizzare un sistema capace di prescindere da valutazioni meramente soggettive, facendo invece riferimento a criteri predefiniti.

All'Organismo di Vigilanza, dotato di autonomi poteri d'iniziativa e di controllo, sarà affidata la responsabilità di vigilare su funzionamento ed osservanza del modello, curandone, altresì, il costante aggiornamento, in coerenza con l'evoluzione normativa e giurisprudenziale, con le modifiche di natura organizzativa dell'assetto e alle funzioni aziendali, anche con il contributo delle funzioni aziendali competenti per materia. Le disposizioni al riguardo possono essere scritte od orali, di applicazione generale o limitate a categorie di soggetti od individui, permanenti o temporanee. I destinatari, nello svolgimento delle rispettive attività, dovranno attenersi alle disposizioni legislative e regolamentari, applicabili alla fattispecie, alle previsioni dello statuto sociale, alle norme generali connesse col D.Lgs. n. 231/01 o alla normativa interna.

Il presente Modello è costituito da una "Parte Generale" e da una "Parte Speciale" predisposta per le diverse categorie di reato contemplate nel D.Lgs. n. 231/01 e considerate a rischio per l'ente.
La Parte Generale ha la funzione di definire una sorta di "carta di identità", descrivendo per cenni sintetici la storia dell'azienda, le caratteristiche del *business* e dell'organizzazione, ponendo particolare attenzione all'analisi e alla descrizione dei principali processi interni, attraverso i quali si sviluppa l'attività d'impresa. Saranno poi trattati i principi generali in materia, l'evoluzione normativa e verrà ripercorso l'approccio metodologico utilizzato al fine della predisposizione del Modello.
Saranno altresì esposte le disposizioni relative al recepimento del modello organizzativo, ai soggetti destinatari e gli organismi rilevanti del presente Modello.

La Parte Speciale ha la funzione di:

- Individuare i reati potenzialmente verificabili in azienda, le aree di rischio, compilare la relativa matrice di rischio (Risk Assesment) ed elaborare le eventuali misure preventive e/o correttive rispetto ai processi in essere;
- Individuare i principi comportamentali da porre in essere;
- Definire i compiti dell'Organismo di Vigilanza.

DEFINIZIONI

Società o ente	"CASA DI CURA FOGLIANI".
D.Lgs. n. 231/01	Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300"
Modello	Il presente Modello di organizzazione, gestione e controllo
Codice Etico	Codice Etico adottato da "CASA DI CURA FOGLIANI"
OdV	Organismo di Vigilanza previsto all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 231/01, cui è affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento
Reati	Reati ai quali si applica la disciplina prevista dal D.Lgs. n. 231/01 (anche eventualmente integrata in futuro)
Destinatari	Soggetti in posizione apicale della Società e soggetti sottoposti alla direzione o vigilanza (ivi compresi i collaboratori)
Collaboratori	Soggetti che intrattengono con la Società rapporti di collaborazione a vario titolo (consulenti, avvocati esterni, ecc.)
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
SGQS	Sistema di Gestione per la Qualità e sicurezza
CDA	Consiglio di Amministrazione
RSPP	Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione

RGQS	Responsabile Gestione Qualità e sicurezza
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
LP	Libera Professione, servizio erogato in LP, ossia mediante remunerazione non convenzionata col SSN
SSN	Servizio sanitario Nazionale.
UO	Unità operative (endostrutture che curano erogazione dei servizi/produzione)
PRODOTTO E SERVIZIO CRITICO	Prodotto o servizio che, se non conforme ai requisiti di Legge e ai requisiti stabiliti dalla Casa di Cura, può pregiudicare la qualità delle prestazioni sanitarie e la sicurezza degli operatori e/o dei pazienti che lo utilizzano.
RGD	Responsabile gestione documenti
PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO	Processo affidato all'esterno con la stipula di contratto necessario all'organizzazione aziendale. La realizzazione del processo può avvenire fisicamente all'interno o all'esterno dell'azienda.
RLS	Rappresentante Sicurezza dei Lavoratori
DURC	Documento di regolarità contributiva
CONTRATTO D'APPALTO	Contratto nel quale una ditta assume con organizzazione di messi, risorse umane e con gestione a proprio rischio lo svolgimento di un servizio
DUVRI	Documento aziendale contenente la valutazione dei rischi di interferenza tra lavoratori dell'azienda committente e lavoratori della ditta in appalto, normato da Art. 26 D.Lgs 81/2008 e.s.m.

1. LA SOCIETA'

1.1. LA SOCIETA', OGGETTO SOCIALE, ARTICOLAZIONE E MERCATO DI RIFERIMENTO

"CASA DI CURA FOGLIANI" è una società a responsabilità limitata.

Storia

L'Ospedale privato Casa di Cura Prof. Fogliani nasce nel 1940 ad opera del Prof. Umberto Fogliani, valente medico chirurgo e appassionato studioso, il quale con dedizione e personale testimonianza, detta i principi fondamentali che ancora oggi costituiscono l'inalienabile patrimonio di idee e valori cui s'ispira l'attività della Casa di Cura.

Per la coraggiosa e infaticabile attività di assistenza svolta a favore della cittadinanza modenese senza alcuna discriminazione politica, religiosa, razziale o di ceto, durante i turbolenti anni del secondo conflitto mondiale e poi nel dopoguerra, gli sono conferiti numerosi riconoscimenti assicurandosi la stima e la gratitudine della popolazione modenese.
L'intensa attività scientifica e didattica gli procura riconoscimenti importanti anche all'estero in particolare in Spagna e in Francia.
Nell'ambito della storia della Sanità modenese, Casa di Cura Fogliani rappresenta poi un capitolo estremamente significativo.
La Casa di Cura è un Ospedale Privato accreditato dalla Regione Emilia-Romagna ed eroga prestazioni sanitarie di ricovero e cura in convenzione con il S.S.N., oltre che a pagamento.
È associata all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) e a Confindustria.
La struttura è certificata ISO 9001 dal 2015. Infatti, nell'anno 1997 la Direzione della Casa di Cura ha avviato il Progetto Qualità, che ha coinvolto tutti gli operatori in un percorso finalizzato ad accrescere l'orientamento alle esigenze degli utenti, migliorare il livello delle prestazioni e dei servizi offerti, sviluppare le capacità organizzative e gestionali. L'impegno dedicato al progetto ha consentito di realizzare un Sistema Qualità rispondente ai requisiti per l'Accreditamento definiti dall'Agenzia Sanitaria Regionale e ai requisiti delle Norme della serie UNI EN ISO 9000.
Dal 2008 la Direzione è coinvolta nel progetto *Risk Management* che ha permesso di effettuare una mappatura dei rischi e implementare azioni di miglioramento efficaci.
Nel 2009 la Direzione della Casa di Cura ha avviato il Progetto Sicurezza seguendo le direttive della norma OHSAS 18001: 2007.
Ha coinvolto figure responsabili a più livelli in un percorso finalizzato alla realizzazione di un sistema per la sicurezza che governi la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, teso al miglioramento continuo della sicurezza in ambienti di lavoro.
Dal 2021 è certificata ISO 45001.
Intrattiene rapporti di convenzione con INAIL, fondi sanitari, enti, casse mutue e società di assicurazione, aziende private, istituti scolastici, università, società sportive professionali e dilettantistiche.
I principali valori a cui è ispirata la mission aziendale sono:

- **Eguaglianza** e **imparzialità** nei confronti degli assistiti, senza alcuna discriminazione di censo o ideologica.
- **Efficacia** delle cure ed **efficienza** della gestione aziendale nel rispetto dei diritti inviolabili della persona.
- **Tutela** della dignità personale e della riservatezza.
- **Ospitalità** fondata sulla umanità delle relazioni assistenziali.
- **Sicurezza** e **qualità** nell'esercizio delle attività professionali mediche, tecniche ed infermieristiche.
- **Eticità** dei comportamenti e della visione strategica dell'Impresa orientata alla responsabilità sociale.

1.2. I PRINCIPALI PROCESSI INDUSTRIALI E AZIENDALI, ORGANIZZAZIONE E CENNI GENERALI

L'ente ha adottato un modello di gestione ispirato e certificato ISO 9001. Le procedure ivi contemplate debbono intendersi qui integralmente richiamate. Di seguito, tuttavia, viene riportata una riedizione delle principali procedure in versione descrittiva onde agevolare il lettore nella comprensione dell'attività e del funzionamento dell'Ente.

L'organo amministrativo della società è il CDA che è competente per la maggior parte delle operazioni di gestione anche ordinaria.

Le autonomie dispositive demandate ai singoli amministratori infatti sono quantificabili nell'ordine di pochissime decine di migliaia di euro, mentre il resto passa rigorosamente da deliberazione del CDA.
È composto, al momento dell'adozione del presente modello, da cinque amministratori che riflettono, in parte, gli assetti sociali.
È stato infatti intrapreso un percorso di modernizzazione del *management* dirigenziale attraverso l'inserimento "guidato" di giovani amministratori, espressione del pacchetto sociale, finalizzato all'apprendimento di tutti i meccanismi di *governance* della società. Da qui anche l'idea di implementazione dei sistemi di gestione dell'Ente attraverso l'adozione del MOG.

Il CDA è datore di lavoro collegiale, ai sensi del D.Lgs n. 81/2008: le deleghe specifiche rilasciate al Presidente ed al consigliere delegato al personale non esauriscono infatti i poteri tipici del Datore di Lavoro (potere di spesa *in primis* che rimane saldamente ancorato all'organo collegiale). Tale assetto, con le conseguenze che ne derivano, sarà oggetto di nuova disanima in prossimità di scadenza dell'organo.

La convocazione dell'organo è quantomeno mensile ed è preceduta da riunioni settimanali di *STAFF* nelle quali il CDA beneficia della reportistica di altre funzioni in staff.
I flussi di comunicazione da e verso il CDA sono per lo più tracciati e tracciabili: l'Ente, infatti, a fronte di una iniziale composizione tripartita dell'organo ha optato, come detto, per una implementazione anche numerica della composizione finalizzata a "proceduralizzare" ogni decisione anche attraverso il tracciamento degli *step* di formazione della stessa (segnalazione, discussione, decisione, verbalizzazione) secondo le *best practices* ormai invalse in materia.
È il CDA che decide, non limitandosi affatto alle ratifiche delle discussioni avvenute in STAFF.

L'Ente è organizzato con una struttura di lavoro imperniata sull'erogazione dei servizi sanitari; la funzione commerciale gravita in realtà nell'orbita della funzione amministrativa poiché lo "sviluppo esterno", tradizionalmente inteso, è gestito dal servizio prenotazione.
Lo stesso servizio cura la promozione di convenzioni ed intese con banche, assicurazioni o enti di grandi dimensioni con i quali vengono stipulati rapporti contrattuali di convenzione per l'erogazione dei servizi a prezzi prestabiliti.

1.2.A. LA FUNZIONE ACQUISTI

La funzione è servita pressoché esclusivamente dal Responsabile Acquisti ma è in programma un'implementazione. Egli attualmente dialoga con la funzione amministrazione, della quale si avvale per il completamento dei cicli di acquisto e che a sua volta provvede alla registrazione delle fatture.
La funzione si serve tuttavia dell'interessamento operativo di diversi soggetti anche estranei al ramo.
Sussistono flussi di comunicazione, anche informale, con l'ufficio acquisti che tuttavia non sempre è responsabile degli approvvigionamenti urgenti (ad esclusione di quelli aventi ad oggetto farmaci).

1.2.A.1. ACQUISTI DI MATERIE PRIME

La gestione degli ordini ai Fornitori e della ricezione del materiale (iter di approvvigionamento) si applica a tutti i prodotti in entrata ed è normata dalla procedura aziendale PA 21 e riguarda:

- Attrezzature (impiegate per prestazioni sanitarie, o attività ad esse correlate, o attrezzature generiche)
- Arredi
- Farmaci
- Presidi medico-chirurgici
- Materiali di consumo
- Prodotti chimici (disinfettanti, detergenti, sterilizzanti, sanificanti)
- Servizi di manutenzione attrezzature ed impianti

- Servizi di smaltimento rifiuti, pulizie, lavanderia, ristorazione
- Prodotti assicurativi
- Consulenze professionali, sanitarie e non
- Servizi di anatomia patologica, centri trasfusionali, laboratori di analisi

L'acquisizione dei dispositivi di sicurezza dei lavoratori (DPI) è normata dalla procedura specifica del sistema di gestione della sicurezza in ambiente di lavoro.
Solo i prodotti di estrema standardizzazione e di acquisizione occasionale possono essere approvvigionati senza che il fornitore debba essere preventivamente qualificato. In questo caso la scelta si effettua tramite la consultazione del materiale informativo reperito sul sito dell'azienda o con colloqui con il rappresentante.
I fornitori sono parte integrante del processo produttivo ed organizzativo della azienda e sono selezionati in modo da offrire le massime garanzie possibili. Essi sono classificati, per quanto riguarda l'attività di valutazione, nelle seguenti tipologie:

- PRESIDI MEDICO CHIRURGICI
- ATTREZZATURE/ARREDI/IMPIANTI
- MATERIALI DI CONSUMO E SOSTANZE CHIMICHE
- LABORATORI ANALISI/SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA
- CONSULENZE PROFESSIONALI
- SERVIZI MANUTENZIONE ATTREZZATURE E IMPIANTI
- SERVIZI SMALTIMENTO RIFIUTI
- SERVIZI DI RISTORAZIONE E PULIZIA
- SERVIZI DI LAVANDERIA
- PRODOTTI ASSICURATIVI
- BANCA DELL'OSSO
- CENTRI TRASFUSIONALI

I fornitori presenti nell'elenco vengono sottoposti ad aggiornamento annuale della qualifica (Doc. 38) sulla base di un metodo qualitativo e quantitativo che si compone delle seguenti fasi:

- scelta dei criteri di valutazione dell'operato del fornitore
- definizione delle classi di punteggio parziale da attribuire ai vari criteri di valutazione
- definizione delle classi di punteggio totali da assegnare al fornitore.

I fornitori vengono distinti in fornitori nuovi / potenziali e fornitori storici se hanno effettuato forniture presso l'azienda negli ultimi tre anni.
Nel corso del rapporto avviato con i Fornitori, i dati relativi ad eventuali Non Conformità riscontrate dalla Casa di Cura sui prodotti/servizi acquistati, vengono registrati con apposito modulo M.SQF.
La valutazione da parte del Presidente del CDA, della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa dei preventivi e della documentazione tecnica ricevuta dalle Ditte fornitrici, avviene, a seguito di confronto sia con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, che con il Consulente per la Gestione degli impianti e delle strumentazioni tecnologiche (che deve presentare, per le apparecchiature di sua competenza, una valutazione tecnica ed economica sull'acquisto), in funzione dei seguenti criteri:

- Adeguatezza a requisiti di legge
- Dati tecnici dell'attrezzatura/arredo
- Garanzie di sicurezza per gli operatori e per i pazienti (consultazione RSPP e RSL) ed in particolare garanzie circa le caratteristiche di emissione sonora, elettromagnetica, inquinante ecc…
- Presenza di manuali d'uso e di manutenzione da eseguire
- Prestazioni offerte (questa valutazione può essere effettuata anche attraverso visione o prova del prodotto e sempre con la collaborazione di personale qualificato, identificabile nei Medici responsabili, nelle Caposala o comunque nel personale aziendale che dovrà utilizzare il prodotto)

- Prezzo di acquisto
- Costo finale (attrezzatura + materiale di consumo + risorse umane da impiegare per l'utilizzo + costi di mantenimento, piano ammortamento)
- Garanzia di reperibilità materiali di consumo e componenti di ricambio
- Referenze di aziende del settore e/o di professionisti che hanno già avuto modo di testare o utilizzare il prodotto
- Tempi previsti per consegna, installazione e collaudo

In caso di valutazione favorevole, la Direzione Amministrativa autorizza l'acquisto.
La forte impronta verticistica dell'organizzazione comporta che la funzione, seppur istituita e riconoscibile, abbia competenze ed ambiti operativi limitati rispetto alla possibile varietà delle tipologie di acquisti normalmente rinvenibili in altre organizzazioni aziendali; con ciò s'intende evidenziare che il CDA riserva a sé la competenza a deliberare su diverse tipologie di acquisti, tanto che la Funzione Acquisiti pare competente in via residuale ed infatti:
GLI ACQUISTI DI IMPIANTI - PARTI DI IMPIANTI - MACCHINARI RESTANO DI COMPETENZA DEL CDA.
GLI ACQUISTI DI ARREDI E CARBURANTE SONO DELIBERATI DAL DIRETTORE AMMINISTRATIVO.
La Funzione Acquisti si occupa dunque per lo più dell'**ACQUISTO DI BENI STRUMENTALI** (DPI, cancelleria, carburante, attrezzature da lavoro, medicinali e presidi medici).
A seconda della tipologia di acquisti il processo prende impulso dalla generazione della richiesta di acquisto che può scaturire o dal fabbisogno evidenziato dal consulente per gli impianti e le attrezzature (nel caso di infrastrutture o servizi di manutenzione) ovvero dalla necessità di integrare le scorte di beni strumentali all'erogazione servizi (medicinali, presidi medico-chirurgici ecc.) che ovviamente sono censiti e verificabili in ogni momento.

Sotto questo profilo la frammentazione delle competenze per materia in materia di acquisti rappresenta certamente una criticità essendo evidente che con ciò si moltiplichino le possibilità astratte di illecito (più corruzione tra privati) ed anche i centri di responsabilità; infatti attualmente:
Il Responsabile Ufficio Acquisti (o suo delegato):

- Mette a disposizione tutte le informazioni disponibili sui fornitori
- Gestisce e aggiorna l'elenco dei fornitori qualificati e dei fornitori potenziali
- Verifica annualmente il possesso da parte dei fornitori dei requisiti per la qualifica
- Predispone le schede di valutazione delle forniture e cura che le stesse vengano compilate dai responsabili delle forniture in oggetto
- Acquisisce le schede informazione fornitore con i relativi allegati
- Segnala eventuali casi di non conformità nelle forniture
- Gestisce la valutazione delle posizioni sospese per i fornitori non critici
- Organizza eventuali visite di valutazione presso i fornitori

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo

- Compilano la scheda di valutazione delle forniture relative al processo di cui sono responsabili
- Collaborano alla valutazione delle forniture e dei fornitori.

Il Responsabile Gestione Sistema Qualità e Sicurezza:

- Supporta il Responsabile Ufficio Acquisti nel processo di valutazione, qualificazione e monitoraggio delle forniture.

Il Responsabile Amministrativo degli Approvvigionamenti:

- Controlla il prodotto all'arrivo, la corrispondenza del prodotto con l'ordine di acquisto e con quanto indicato nel Documento di trasporto; registra sull'ordine di acquisto il controllo effettuato siglando l'ordine stesso
- Verifica la presenza della documentazione tecnica a corredo del prodotto
- Controlla l'assenza di evidenti danneggiamenti del prodotto

- Provvede alla allocazione del prodotto nella Unità Operativa di competenza;
- Verifica, al momento del ricevimento della fattura, la corrispondenza dell'importo indicato con quello fissato sull'ordine o sul preventivo archiviato dal Responsabile Acquisti.

1.2.A.2. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

Il Modello Proposta di acquisto
I medici responsabili delle Unità Operative ed i loro collaboratori, i Medici degli Ambulatori ed il personale infermieristico e ausiliario, i manutentori, devono inoltrare al Responsabile Acquisti la richiesta di acquisto in forma scritta (utilizzando il modulo *M.PQ "Proposta di acquisto"*), con indicazione di:

- Motivazione della necessità di acquisto (es. obsolescenza dell'arredo-attrezzatura in uso, disponibilità sul mercato di nuove tecnologie, etc.);
- Caratteristiche tecniche del prodotto richiesto.

La richiesta può essere preceduta da una indagine preliminare con presentazione di documentazione tecnica e preventivi da allegare alla richiesta stessa.

Il Responsabile Acquisti informa della richiesta pervenuta il Presidente del CDA, la Direzione Amministrativa e la Direzione Sanitaria, che valutano la proposta in funzione dei seguenti criteri:

- Specifici obiettivi aziendali (volumi di produzione previsti, obiettivi di miglioramento, sicurezza aziendale);
- Effettiva necessità di nuova acquisizione sulla base della valutazione degli arredi-attrezzature in uso;
- Potenziali vantaggi tecnici-qualitativi e/o organizzativi di una eventuale acquisizione;
- Limiti di spesa applicabili.

Qualora la valutazione sia favorevole, essi incaricano il Responsabile Acquisti di formulare richiesta di preventivo alle ditte fornitrici.
La valutazione da parte del Presidente del CDA, della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa dei preventivi e della documentazione tecnica ricevuta dalle Ditte fornitrici, avviene, a seguito di confronto sia con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, che con il Consulente per la Gestione degli impianti e delle strumentazioni tecnologiche (che deve presentare, per le apparecchiature di sua competenza, una valutazione tecnica ed economica sull'acquisto), in funzione dei seguenti criteri:

- Adeguatezza a requisiti di legge;
- Dati tecnici dell'attrezzatura/arredo;
- Garanzie di sicurezza per gli operatori e per i pazienti (consultazione RSPP e RLS) ed in particolare garanzie circa le caratteristiche di emissione sonora, elettromagnetica, inquinante ecc…;
- Presenza di manuali d'uso e di manutenzione da eseguire;
- Prestazioni offerte (questa valutazione può essere effettuata anche attraverso visione o prova del prodotto e sempre con la collaborazione di personale qualificato, identificabile nei Medici responsabili, nelle Caposala o comunque nel personale aziendale che dovrà utilizzare il prodotto);
- Prezzo di acquisto;
- Costo finale (attrezzatura + materiale di consumo + risorse umane da impiegare per l'utilizzo + costi di mantenimento, piano ammortamento);
- Garanzia di reperibilità materiali di consumo e componenti di ricambio;
- Referenze di aziende del settore e/o di professionisti che hanno già avuto modo di testare o utilizzare il prodotto;
- Tempi previsti per consegna, installazione e collaudo.

In caso di valutazione favorevole, la Direzione Amministrativa autorizza l'acquisto.

La priorità deve essere data alle Ditte qualificate dalla Casa di Cura per la tipologia di prodotto considerata e secondariamente ad altre Ditte, avviando in questo caso un processo di qualificazione del fornitore.
L'ordine di acquisto (mail o fax) deve essere firmato dalla Direzione Amministrativa (o in sua assenza e su sua delega dal Responsabile Acquisti) e conservato in copia presso l'Ufficio Amministrativo.
Alla consegna del materiale, il Responsabile Amministrativo Approvvigionamenti deve svolgere le seguenti azioni:

- Controllare la corrispondenza del prodotto consegnato (per tipo e quantità) con l'ordine di acquisto e quanto indicato nel Documento di trasporto; registrare sull'ordine di acquisto il controllo effettuato siglando l'ordine stesso;
- Verificare la presenza della documentazione tecnica a corredo del prodotto (certificato di conformità, scheda tecnica prodotto, manuale d'uso, ecc.), che verrà consegnata al Responsabile Gestione Documenti, che provvederà poi a trasmettere il manuale d'uso all'utilizzatore della apparecchiatura;
- Controllare l'assenza di evidenti danneggiamenti del prodotto;
- Provvedere alla allocazione dell'arredo-attrezzatura nella Unità Operativa di competenza;
- Verificare, al momento del ricevimento della fattura, la corrispondenza dell'importo indicato con quello fissato sull'ordine o sul preventivo archiviato dal Responsabile Acquisti.
- In caso di non conformità riscontrate a seguito dei suddetti controlli (vedi i punti b, c, f), deve inoltre:
- Registrare tali non conformità sul modulo *M.NCPS Scheda non conformità prodotto/servizio*;
- Trasmettere il Modulo al Responsabile Acquisti, il quale decide, con la corresponsabilità della Direzione Sanitaria (apparecchiature sanitarie) o della Direzione Amministrativa (altre attrezzature), i provvedimenti da adottare e li documenta sul modulo stesso, procedendo poi alla sua archiviazione. In caso di errori di fatturazione, la responsabilità della decisione sulla risoluzione spetta al Responsabile Acquisti.

Le nuove attrezzature verranno collaudate dopo l'installazione o comunque prima della messa in uso secondo quanto definito nella Procedura PA16-*Gestione controllata attrezzature.*
Il Consulente per la Gestione degli impianti e delle strumentazioni tecnologiche e integrazione dei processi partecipa ai controlli di accettazione delle apparecchiature biomedicali e stabilisce il piano delle manutenzioni.
Sarà suo compito inserire il prodotto nell'inventario delle attrezzature, verificando che siano fornite:

- La dichiarazione di conformità CE;
- Il manuale di uso e di manutenzione in lingua italiana;
- L'attestato di formazione e addestramento all'uso sicuro della macchina.

Eventuali non conformità riscontrate in sede di collaudo verranno registrate sul modulo *M.NCPS* dalla Direzione Sanitaria (attrezzature sanitarie) o dalla Direzione Amministrativa, che lo trasmetteranno al Responsabile Acquisti, e insieme decideranno i relativi provvedimenti da adottare documentandoli sullo stesso modulo.

1.2.B. LA FUNZIONE "PRODUZIONE": EROGAZIONE SERVIZI SANITARI

1.2.B.1. L'ORGANIZZAZIONE

La struttura sanitaria eroga prestazioni e servizi sanitari, in convenzione col SSN e in regime di libera professione, attraverso le proprie unità operative di ricovero, un poliambulatorio e un servizio di diagnostica per immagini.
Nelle unità operative di ricovero si svolgono prestazioni in regime di ricovero ordinario, *day surgery* e ambulatoriale (questi ultimi interventi vengono eseguiti quasi esclusivamente dell'ambulatorio chirurgico).

Le unità operative sono:

- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (che eroga in convenzione SSN e LP)
- CHIRURGIA GENERALE (che eroga SOLO in regime di LP)
- GINECOLOGIA (che eroga SOLO in regime di LP)
- CHIRURGIA PLASTICA (che eroga SOLO in regime di LP)
- RIABILITAZIONE POST ACUZIE E LUNGODEGENZA (che eroga in convenzione SSN e LP)

All'interno del POLIAMBULATORIO e del Servizio Diagnostica per Immagini vengono effettuate visite specialistiche ed esami strumentali (SSN e LP).

I SERVIZI DI SUPPORTO alle UO sono trasversali ed erogano prestazioni sanitarie strumentali e non.
Esse sono:

- Servizio di CARDIOLOGIA
- Servizio di ANESTESIA
- Servizio di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- PRESIDIO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILATAZIONE.

La struttura ha 60 posti letto autorizzati, di cui 50 accreditati. Il personale infermieristico è comune.

1.2.B.2. LE UNITA' OPERATIVE E IL POLIAMBULATORIO

1) ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SSN e LP)
Attualmente operano all'interno dell'UO di ortopedia circa 15 medici, tutti liberi professionisti, specialisti in ortopedia e traumatologia e/o chirurgia della mano. Nessuno è legato con rapporto di lavoro di dipendenza organica all'Ente. Il rapporto è retto da un contratto che prevede la remunerazione del professionista:
per gli interventi chirurgici eseguiti in regime di convenzione SSN sulla base di una percentuale del DRG della prestazione effettuata (tariffario DRG ministeriale);
per gli interventi chirurgici eseguiti in convenzione con assicurazioni sulla base di un tariffario stabilito dalle singole assicurazioni;
per gli interventi in regime di libera professione (pazienti paganti in proprio) sulla base di una percentuale pre stabilita (in caso di pacchetti) oppure sulla base di una tariffa scelta dal medico.
Il contratto è firmato *una tantum* ed è rinnovato tacitamente.
I medici vengono retribuiti con bonifico bancario mensile dal 20 del mese successivo. Le prestazioni esenti ticket vengono pagate il mese successivo all'avvenuta prestazione, per i pazienti paganti ticket e per i DRG chirurgici in convenzione SSN il pagamento avviene a 90 giorni dall'esecuzione della prestazione. È l'addetto dell'ufficio amministrazione a curare la procedura.

Le prestazioni chirurgiche in libera professione (paganti in proprio o assicurati) vengono remunerate attraverso il pagamento diretto del professionista e della *equipe* che ha eseguito la prestazione previa emissione di fattura indirizzata al paziente, ciascuno per la sua competenza (anche l'Ente per le sue spese). Il paziente paga nelle mani della struttura che poi rilascia la fattura emessa dal medico; i pagamenti in questi casi possono essere anche per contanti (generalmente tramite assegno o bonifico).
Le operazioni sono comunque tracciate in un registro. È il responsabile dell'ufficio amministrazione a curare la procedura.

2) CHIRURGIA GENERALE (SOLO LP)
Occupa attualmente 2 medici. Il servizio è erogato solo in LP, non in convenzione SSN.

La quantità di interventi è esigua, nell'ordine di poche unità all'anno.
Le modalità di remunerazione sono identiche a quelle per la libera professione.

3) GINECOLOGIA (SOLO LP)
Vi è un solo medico addetto all'attività chirurgica.
La quantità di interventi è esigua (isteroscopie operative in prevalenza), nell'ordine di poche unità all'anno.
Le modalità di remunerazione sono identiche alle precedenti.

4) CHIRURGIA PLASTICA (SOLO LP)
Vi sono 3 medici LP addetti a questa unità (2 occasionali ed uno fisso).
Questi interventi sono i più rilevanti.
Le modalità di remunerazione sono invariate, anche se è rarissimo che questi interventi avvengano in convenzione con assicurazioni.

5) RIABILIATAZIONE POST ACUZIE E LUNGODEGENZA (SSN e LP)
Vi è un unico medico addetto a questa unità che viene remunerato a percentuale sulla retta di degenza giornaliera, sia per le prestazioni eseguite in convenzione SSN sia in regime di LP (con due tariffari diversi).

6) POLIAMBULATORIO E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Per questi servizi vi sono circa 92 medici, tutti libero-professionisti che sono remunerati in percentuale rispetto alle prestazioni eseguite in convenzione e in LP.

I servizi di supporto facenti parte del poliambulatorio e della diagnostica per immagini, in caso di necessità erogano consulenze per pazienti in fase di ricovero o ricoverati.
In questo caso le prestazioni strumentali non sono rimborsabili singolarmente per convenzione poiché l'intervento è predeterminato forfettariamente secondo tariffario, indipendentemente dal numero di accessorie che si renderanno necessarie.

1.2.B.3. L'EROGAZIONE DEI SERVIZI

MODALITA' DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL POLIAMBULATORIO O DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Prestazioni in convenzione SSN:
La prenotazione di tali prestazioni avviene previa richiesta del medico di base o pediatra (medico prescrittore) che emette impegnativa/ricetta prestazione sanitaria con la quale il paziente accede al CUP (tramite fascicolo sanitario elettronico, accesso personale, farmacie ecc.) che indirizza il paziente verso struttura designata sulla base delle disponibilità (l'Ente manda periodicamente le "aperture agenda" al CUP con date disponibili *slot* ed orari). Il CUP propone al paziente le diverse opzioni sulla base delle disponibilità e il paziente decide dove eseguire la prestazione richiesta.
Se il paziente opta per la prestazione convenzionata all'interno dell'Ente, il personale dell'ufficio accettazione riceverà notifica dell'appuntamento nel momento in cui accede al portale AUSL ed esegue l'importazione delle agende (solitamente ogni giorno al mattino presto).
Il Paziente beneficia della prestazione, solo dopo aver corrisposto il *ticket* dove richiesto.

Prestazioni in regime di libera professione:
La prenotazione di tali prestazioni avviene tramite telefonata da parte del paziente, tramite prenotazione online sul portale della struttura oppure presentandosi allo sportello. Solo per le prestazioni di diagnostica per immagini e per il servizio di fisioterapia è necessaria la richiesta del medico (di base o specialista).

Il personale dell'ufficio accettazione o del call center, indicherà al paziente la prima data disponibile per l'esecuzione della prestazione o le date disponibili nel caso in cui il paziente richieda un determinato specialista.

Prestazioni tramite assicurazioni

La prenotazione avviene o tramite telefonata da parte del paziente al call center oppure presentandosi allo sportello. In entrambi i casi viene posta una annotazione in merito al fatto che il paziente è assicurato. Per tutte le prestazioni è necessaria la richiesta del medico (di base o specialista). La presa in carico avviene in due modalità:

- Inserimento nel portale dell'assicurazione da parte del personale dell'ufficio accettazione
- Autonomamente dal paziente entrando nel sito dell'assicurazione. Questa attivazione richiede in media 48-72 ore per l'attivazione (sono escluse alcune assicurazioni che si attivano al momento).

ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE

Il medico che ha fornito la prestazione emette poi il referto (che attesta la prestazione erogata, diagnosi, consigli terapeutici in caso di visita, ovvero *CD* con immagini in caso di prestazione in diagnostica per immagini) sul programma gestionale della struttura.

Il referto viene emesso solo con formato elettronico, con firma digitale del sanitario e confluisce anche nel FSE (il FSE viene alimentato ma non PUO' ESSERE VISIONATO dal personale sanitario).

Il Referto va in "conservazione legale" attraverso un'azienda privata ([redacted]) che lo conserva nel *server* secondo le disposizioni di legge, ovvero 10 anni. I rapporti con [redacted] sono tenuti legale rappresentante della struttura e dal responsabile dell'ufficio amministrazione.

Il sistema di gestione informatico del servizio amministrativo dialoga con quello sanitario tant'è che il referto emesso dal medico incaricato dell'erogazione prestazione, genera un'aspettativa di incasso che viene registrata dal personale dell'ufficio amministrazione.

Se a seguito della visita da parte dello specialista il paziente necessita di intervento chirurgico, l'immissione in lista d'attesa avviene a seguito della compilazione del "Modulo di Prenotazione Accettazione" da parte dello specialista prescelto dall'utente all'interno del sistema gestionale.

Il medico fornisce anche un documento informativo, in ordine alla patologia riscontrata, alle motivazioni che rendono necessario il ricovero, all'*iter* ed alla durata della degenza, all'esito del trattamento ed alle possibili complicanze.

La Casa di Cura partecipa al progetto SIGLA della Regione Emilia-Romagna per la gestione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati. Gestisce l'accesso ai ricoveri in elezione utilizzando criteri di appropriatezza, equità e trasparenza.

L'elenco dei pazienti in lista d'attesa viene gestito sempre tramite il gestionale adottato dalla struttura, dal personale preposto dell'ufficio prericovero, che contatterà il paziente e fornirà le informazioni necessarie.

Tutte le informazioni inerenti le modalità di accesso all'unità operativa di ricovero, agli eventuali accertamenti preoperatori e alla documentazione da consegnare, vengono fornite telefonicamente o tramite mail alcuni giorni prima del ricovero dal personale dell'ufficio prericovero.

Il numero di prestazioni chirurgiche annuali in convenzione SSN è prefissato secondo i contratti di fornitura con l'ASL.

L'ente infatti ha sottoscritto un contratto di fornitura storico con un *budget* (somma minima garantita) prefissato che si presume non tangibile.

1.2.C. LE FUNZIONI SICUREZZA ED AMBIENTE ED I RELATIVI PROCESSI

1.2.C.1. L'ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA E SALUTE IN AZIENDA

La funzione sicurezza è servita da tutte le risorse individuate nell'organigramma.

Rispetto alle figure canoniche previste nel TU 81/08 sono presenti anche l'esperto radio protezione e l'esperto qualificato che presidiano i relativi rischi specifici individuati nel DVR.

I flussi di comunicazione avvengono tramite mail ed incontri e sono tendenzialmente tracciati e ricostruibili retrospettivamente.

La riunione della commissione/conferenza per la sicurezza ha cadenza annuale.
Sono istituite riunioni periodiche solo al bisogno; le schede di non conformità vengono trasmesse al RSPP dal soggetto redigente secondo le modalità previste nella PA36 che gestisce la comunicazione in linea con quanto previsto nelle ISO 45000 e ISO 9000.
L'RSPP, ricevuta la segnalazione di non conformità, gestisce la criticità secondo le direttive del D.Lgs. 81/08.
Il RSPP si avvale anche di un consulente esterno in materia di sicurezza, per svolgere la propria funzione.
Egli in quanto tale è iscritto in *maining list* ed altri canali per recepire eventuali informazioni rilevanti sul miglioramento della sicurezza (implementazioni di macchinari, tecnologie e procedure specifiche).

[redacted]

Alcune criticità possono essere individuate dalle interferenze determinate dal ricorso ad appalti di opera nei locali ove è esercitata l'attività dell'Ente.
Il DUVRI, generico o specifico, è comunicato all'interlocutore commerciale, ricevuto controfirmato ed è istituita un *check* di controllo di conformità della documentazione a corredo del DUVRI e della sua presa di conoscenza da parte del fornitore.
Ci sono criticità nella controfirma dei DUVRI, i più importanti sono formalmente corretti e controfirmati, altri no; per tali motivi è stata introdotta una procedura correttiva specifica tesa a garantire la correttezza e l'integralità delle informazioni tra committente ed appaltatore (vedi Parte Speciale sez. D).
Invero l'analisi della casistica di infortuni sul lavoro (MOS18) sin qui verificatisi consente di apprezzare una decisa preponderanza di eventi itinere o con lesioni lievissime e dunque estranei al perimetro di rilievo del MOG.
Tra i rischi caratteristici dell'attività va indubbiamente annoverato il Rischio biologico da contagio o infezione per il personale che viene quindi inserito nella formazione periodica.
La formazione obbligatoria avviene tramite ente accreditato; i corsi interni per l'addestramento specifico avvengono tramite esperti o responsabili di funzione; vengono registrati con foglio presenza e test di apprendimento e sono disciplinati dalla PA26 a cui è integrata la specifica procedura dettata in tema di formazione ed aggiornamento in tema di salute e sicurezza compresa nella relativa sezione del presente MOG parte speciale.
Il Piano di miglioramento (M.PAM), è redatto annualmente e comprende una specifica sezione dedicata agli interventi programmati per aumentare o implementare la sicurezza e la salute dei lavoratori. Semestralmente durante il riesame di direzione viene monitorato l'andamento del piano di miglioramento: in caso di non conformità o di non raggiungimento dell'obiettivo indicato, questo verrà ricalendarizzato.

1.2.C.2. LA SEZIONE AMBIENTE IN CONFORMITÀ AL D.LGS. N. 152/06 E S.M.I.

Il servizio ambiente è curato essenzialmente dal personale ausiliario che si occupa di raccogliere i bidoni dei rifiuti biologici, che vengono condotti nell'apposita area di stoccaggio, vengono pesati dal fattorino della struttura e ritirati da apposita dall'azienda autorizzata in *service*.
Il personale dell'ufficio amministrazione provvede alla compilazione dell'apposito modulo.
Il responsabile della gestione e smaltimento dei rifiuti biologici è il Direttore Sanitario.
Non risultano autorizzazioni o licenze particolari.
Non sono presenti scarichi o camini per emissioni in atmosfera da processo industriale.
I rifiuti prodotti sono per lo più RSU e Rifiuti speciali pericolosi derivanti da processi sanitari o dispositivi medicali.
I rifiuti biologici pericolosi derivano dagli ambulatori, dal reparto e dalla sala operatoria.
Sono presenti anche filtri con certificazione CER150203 (non pericolosi) e CER150202 (smaltiti con rifiuti speciali).
Rifiuti solidi urbani sono: carta, plastica, indifferenziato e vetro.

1.2.C.3. LA GESTIONE DEI RIFIUTI

I rifiuti solidi urbani vengono segregati in ambulatori, reparti, sale operatorie e uffici in sacchi colorati (a seconda che sia carta, plastica, indifferenziato o vetro), vengono raccolti dal personale ausiliario e delle pulizie per poi essere smaltiti in appositi bidoni forniti dallo smaltitore Hera e stoccati, prima del conferimento, nell'area cortiliva.
I rifiuti "speciali" vengono stoccati e segregati in contenitori dedicati, chiusi e portati dal personale ausiliario o delle pulizie nell'apposita area di stoccaggio (box) segnalata con apposita cartellonistica. Vengono poi conferiti all'azienda in *service* che provvederà alla raccolta e al relativo smaltimento.
Sovraintende alle operazioni di conferimento all'azienda specializzata o il fattorino della casa di cura o il personale dell'ufficio amministrazione che curano la raccolta della certificazione di conferimento e della compilazione della relativa modulistica (Modulo rifiuti speciali MUD (periodico) e formulario di identificazione), rifiuti trasportati (FIR).

E' presente solo un autocontrollo che ha ad oggetto il raffronto tra quantitativo e il peso dei rifiuti speciali conferiti e formulario emesso dalla ditta riportante peso e quantità del conferito.
Non risultano precedenti violazioni contestate da Organi di Controllo.

1.2.D. LA FUNZIONE AMMINISTRATIVA E LA REDAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO

1.2.D.1. L'ORGANIZZAZIONE

La funzione conta 13 addetti di cui 2 responsabili ed è organizzata in due macroaree:
AREA AMMINISTRAZIONE che vede 1 responsabile e 2 addetti;
AREA ACCETTAZIONE ove invece operano 1 responsabile e 9 addetti.

Area AMMINISTRAZIONE: cura la tenuta della prima nota di cassa, delle scritture contabili e dei registri obbligatori secondo le seguenti procedure e prassi operative.
Area ACCETTAZIONE: provvede a dar accoglienza agli utenti, controllare documenti/prescrizioni, ricevere i pagamenti quando dovuti, prenotare le prestazioni richieste ed indirizzare pazienti utenti alle aree di destinazione.

1.2.D.2. LA FATTURAZIONE ATTIVA

La compilazione della fatturazione attiva avviene da parte del personale dell'ufficio accettazione, mentre il personale dell'ufficio amministrazione importa la fattura nel *software* di gestione.
Ogni sera in amministrazione, il personale cura la quadratura, ossia si occupa di verificare la coerenza tra fatturazione ed incassi effettivi. La procedura di quadratura avviene mediante stampa di tutte le operazioni effettuate in giornata con indicazione di importo, modalità di pagamento, e dell'operatore che ha raccolto il pagamento (personale ufficio accettazione) e riconteggio dell'incasso.
Effettuata la stampa, il personale cura la trascrizione degli incassi nella prima nota di cassa (cartaceo) e libro Banca. I tempi di evasione variano a seconda della quadratura o meno della fatturazione.
Nel caso in cui si verifichino non conformità il personale deve comunicare alla scala gerarchica l'anomalia.
L'importazione in gestionale delle fatture avviene ogni quindici giorni. Alla sera, effettuata la quadratura, la fattura è formalmente emessa.
Essa viene comunicata allo SDI solamente in occasione della immissione nel sistema informatico (ogni 10 - 12 giorni).
Eventuali rettifiche sono possibili solo dal responsabile dell'ufficio amministrazione o dal cd. "superutente" della sola area amministrazione (la rettifica informatica avviene tramite *log in* ed *id*).
È possibile mediante consultazione di altro documento risalire al sanitario che materialmente erogato la prestazione.
E' possibile l'emissione di note di accredito ricorrendone i presupposti previsti per legge.

1.2.D.3. LA FATTURAZIONE PASSIVA

La fatturazione passiva avviene attraverso l'importazione delle fatture da un programma all'altro: vengono acquisite mediante scarico dal sistema di interscambio, svolta dal personale dell'ufficio amministrazione. La registrazione avviene tenendo conto della data di scarico e non necessariamente è quotidiana.
Il controllo di coerenza rispetto alla merce in arrivo è effettuato su due livelli: il primo di "coerenza documentale" (raffronto DDT/Ordine di acquisto) ed il secondo di "qualità" (verifica rispondenza qualitativa merce).
Questi controlli sono curati da addetti differenti e non necessariamente sempre gli stessi. Entrambi i controlli sono certificati mediante firma e data dell'operatore.
I DDT vengono poi associati, nel sistema informatico, all'ordine effettuato: questa fase è curata dal responsabile dell'amministrazione.
Se i controlli evidenziano la NON conformità (o manca attestazione), la fattura viene sospesa ed è avviata la contestazione al fornitore (responsabile amministrazione per competenza) con richiesta di emissione di nota di accredito: perdurando la non conformità la fattura non viene pagata e si attendono iniziative del fornitore (rarissimo essendo i fornitori sperimentati nel tempo).
Se i controlli non evidenziano anomalie la fattura viene inserita nello scadenzario pagamenti ed avviata al pagamento
Nel caso in cui la fattura di pagamento nota pro forma non abbia DDT, il personale dell'amministrazione segnala e chiede informazioni al Direttore Amministrativo.

1.2.D.4. I PAGAMENTI

Lo scadenzario è suddiviso nelle sezioni RIBA e Bonifici. I pagamenti vengono onorati attraverso modalità *home banking*: l'ufficio amministrazione predispone il pagamento e il legale rappresentante paga con codice di doppia identificazione. L'*alert* arriva su *mail del legale rappresentante.*
il legale rappresentante è il soggetto unico che può pagare e che dispone dei codici per poterlo fare.

1.2.D.5. LE IMPOSTE

Iva e ritenute di acconto vengono autoliquidate mediante presentazione dei modelli di legge da parte del legale rappresentante e indicazione dei relativi importi al consulente del lavoro.
IRES, IRAP e altre imposte dirette vengono versate mediante comunicazione da parte del consulente esterno che comunica la messa in pagamento in qualità di intermediario autorizzato.

1.2.D.6. IL FONDO CASSA AZIENDALE, GLI ASSEGNI E LE CARTE DI CREDITO

Il Fondo cassa dell'Ente è attualmente alimentato dai pagamenti con versamento agli operatori del servizio accettazione degli utenti che usufruiscono dei servizi.
[redacted]
I pagamenti delle prestazioni avvengono con tutti i mezzi possibili:

- UNA SOLA CARTA DI CREDITO IN USO prepagata [redacted] per spese di trasferta, rappresentanza, soggiorno e costi deducibili (con ricevuta per spese)
- La carta carburante ha una carta prepagata conservata in ufficio amministrazione e consegnata di volta in volta al fattorino. La fattura si riceve ogni mese.
- Soldi al fattorino e manutentore utilizzati solo per spese autorizzate di volta in volta dal legale rappresentante. Si utilizza solo contante.

-

1.2.D.7. LA TESORERIA

Sono esistenti rapporti bancari con 4 differenti istituti di credito; Unicredit (pagamenti ASL), conto corrente, affidamenti, mutui ([redacted]).
L'Ente ha quote di fondi comuni di investimento, in parte anche azionario acceso come parziale copertura fondi TFR.
"CASA CURA FOGLIANI" paga canone di locazione ad [redacted]
Esso è previsto in 3 contratti: uno avente ad oggetto la locazione di poliambulatori, l'altro della sede di radiologia e uno per la sede in cui sono ubicati i reparti (contratto prevede l'accollo delle opere di miglioria sui poliambulatori.

1.2.D.8. GLI INVESTIMENTI

Vengono Decisi da CDA mediante apposita delibera e previa articolata discussione, anche con sezioni tecniche.

1.2.D.9. LA PROCEDURA DI BILANCIO

Si attua attraverso i seguenti step curati dal responsabile dell'amministrazione.
- Caricamento dei cespiti nel sistema gestionale tramite modalità manuale con fattura di acquisto; il programma determina automaticamente la valorizzazione del cespite.
- Raccolta fatture passive da ricevere parte di medici/consulenti/protesica (conteggiate sui prospetti ricavabili dall'interrogazione del gestionale dei "Conti medici")
- Raccolta fatture da emettere vs. PPAA per il mese di dicembre
- Ratei e risconti (ferie e permessi personale e pagamenti periodici)
- Costo del personale (con il consulente del lavoro, rettifica ed assestamento)
- Ultime rilevazioni delle scritture
- Rimanenze (elenco di quanto è stato RICEVUTO nel corso dell'ultimo mese + medicinali, materiale consumo, stampati – modulistica -); la valorizzazione avviene con fattura e magazzino.
- Verifica capienza fondo svalutazione crediti (da prestazioni non riscosse)

Il consulente esterno ([redacted]) invia all'addetto dell'ufficio amministrazione una tabulazione con alcune voci sia calcolate sui dati per come raccolti sopra, sia da calcolare su ulteriori criteri che egli stesso fornisce.
Il consulente esterno fiscalizza il bilancio e lo rispedisce. Il sindaco revisore dei conti partecipa alla riunione del CDA e presenta il bilancio. Lo studio di consulenza prepara la relazione integrativa che viene condivisa con il CDA.
Il CDA approva la bozza che poi viene presentata all'assemblea dei soci (sempre con la presenza del Sindaco revisore dei conti) con rispetto dei termini convocazione ed approvazione.
Lo studio del consulente esterno deposita telematicamente il bilancio una volta approvato.

Il Sindaco effettua un *audit* trimestrale con il quale chiede all'addetto dell'ufficio amministrazione le seguenti verifiche:
- verifica cassa (coerenza con giornata chiusura)
- estratto conto e contabilità con Banche più eventuali differenze (es. estratto conto non aggiornato con ultima rilevazione)
- andamento fatture emesse-ricavi con confronto su stesso periodo anno precedente
- pagamenti con F24
- presentazione eventuali scadenze (invio determinati dati ad Agenzia delle Entrate)
- eventuali aggiornamenti DUVRI
- presentazione DM 10 all'INPS
- assunzioni
- *check* registro acquisiti e vendite (pagine stampate) e registro giornale bollato.

1.2.D.10. IL CONTROLLO DI GESTIONE E BUDGET

Controllo di gestione: l'andamento della performance dell'Ente è controllata trimestralmente avuto riguardo all'analisi di macrovoci senza tuttavia uno scorporo analitico per centro di costo. E' all'esame la possibilità di implementare l'attuale sistema di rilevazione performance attraverso l'individuazione del rendimento calcolato anche su ogni centro di costo.
L'andamento economico dell'Ente è valutato anche mediante la riunione settimanale di staff/alta direzione.

1.2.E. LA FUNZIONE REGOLATORIA

1.2.E.1. I RAPPORTI CON LA P.A.

L'Ente è titolare di due tipi di autorizzazione:
Autorizzazione all'esercizio che viene rilasciata dal Comune, recante i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie pubbliche e private (DPR 14/01/1997).
La LR 22/2019 prevede che siano assoggettate ad autorizzazione all'installazione specifiche tecnologie di particolare rilevanza in termini di impatto economico, clinico o organizzativo o per la sicurezza, qualora previste da normative nazionali o individuate dalla Giunta Regionale.
I provvedimenti amministrativi finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria sono l'atto di autorizzazione e la presa d'atto.
In caso di variazioni della struttura quali adattamento, diversa utilizzazione, ampliamento o trasferimento in altra sede, il Legale rappresentante deve richiedere al Comune una nuova autorizzazione o l'integrazione dell'autorizzazione in essere.
In caso di ampliamento, adattamento o trasformazione di strutture sanitarie, è necessario richiedere una autorizzazione alla realizzazione.

Accreditamento istituzionale rilasciato dalla Regione Emilia-Romagna che prevede requisiti organizzativi e strutturali aggiuntivi per poter erogare prestazioni per conto del SSN. Prerequisito necessario è l'autorizzazione all'esercizio.
Ai fini del rilascio, del rinnovo e delle variazioni (es. ampliamenti) dell'accreditamento, le strutture devono presentare domanda mediante modulistica regionale all'attenzione del Direttore Generale competente in materia di sanità, corredata della documentazione che attesta il possesso dei requisiti soggettivi e oggettivi (generali e specifici).
Tutta la documentazione è soggetta a valutazione di completezza, coerenza e ammissibilità da parte del **Coordinatore**, il quale è supportato nelle sue funzioni dai Settori della Direzione generale in materia di sanità, dall'**OTA e dal gruppo di lavoro "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie"**.
Il Direttore Generale competente in materia di sanità, a seguito degli esiti della fase istruttoria, adotta l'atto di concessione/diniego dell'accreditamento, su proposta motivata del Coordinatore. L'accreditamento può essere concesso anche con prescrizioni, prevedendo il termine per la risoluzione delle criticità emerse. La durata dell'accreditamento è di cinque anni.
Nel periodo di vigenza dell'accreditamento, la struttura potrà erogare tutte le prestazioni riconducibili a tipologia di struttura e/o disciplina e/o tipologie di prestazioni per la quale è accreditata, a condizione che, nel frattempo, non siano stati emessi ulteriori requisiti specifici applicabili.
La verifica del possesso dei requisiti generali e specifici di accreditamento viene effettuata dall'OTA:
- entro sei mesi dall'atto di concessione, nel caso di nuovo accreditamento;
- entro il periodo di vigenza dell'accreditamento, nei casi di rinnovo e variazione.

Non risultano modalità di interfaccia differenti rispetto alle procedure indicate.

1.2.E.2. LA PROCEDURA DI FISSAZIONE *BUDGET* CON LA AUSL DI RIFERIMENTO

Dopo l'accreditamento della Regione c'è il secondo livello di interfaccia: la procedura di fissazione budget con la AUSL di riferimento.

Le interlocuzioni con ASL avvengono tra il legale rappresentante ed AUSL (normalmente rappresentata dal Direttore della funzione amministrazione, dal responsabile del governo della produzione, dal responsabile della committenza e dal responsabile della specialistica ambulatoriale).
Il Legale rappresentante in tali occasioni deve farsi accompagnare da quadri o dirigenti senza potere di spesa.
Il *budget* storico assegnato rimane normalmente invariato, salvo le ipotesi di progetti speciali di interesse regionale finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa o alla riduzione della mobilità passiva.
Per ogni singolo progetto *extra budget* l'ASL invia la proposta per la validazione regionale.
Il nuovo DM 19-12-2022 ancora in fase di recepimento regionale, introduce nuovi indicatori in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate oltre che per l'accreditamento, anche per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.
Non risultano piani ai quali i funzionari ASL debbano fare riferimento, tranne eventuali esigenze aggiuntive che si possono presentare in corso d'anno stabilite secondo indicazioni regionali.
L'interlocuzione esita in un contratto di fornitura/committenza tra la direzione generale dell'ASL e il legale rappresentante dell'ente.
Prima della firma il contratto in bozza viene comunicato, discusso e valutato dal CDA intero.
Normalmente i flussi di informazione sono condivisi con il Direttore Amministrativo (anche se alcune decisioni o contenuti vengono discussi solo in CDA e non in Staff).

1.2.F. IL SERVZIO RISORSE UMANE E AMMINISTRAZIONE PERSONALE

Il servizio è gestito da responsabile delegata alla gestione del personale, un'impiegata amministrativa che controlla il programma del marcatempo e si rapporta con una consulente esterna che si occupa delle buste paga, un coordinatore per il reparto (infermiere, ausiliarie Oss) e uno per la sala operatoria (infermiere).
Le buste paga dei lavoratori sono elaborate dallo studio di consulenza esterna.
Attualmente è impiegato un solo extracomunitario.
Nella procedura di assunzione vengono verificate e valutate le idoneità professionali, eventuali referenze e curriculum formativo, la regolarità di documenti e permesso di soggiorno, e viene effettuato un colloquio.
Avviene un secondo colloquio con la consulente esterna, che verifica i documenti, prepara e fa firmare il contratto.
Viene effettuata la visita medica preventiva dal medico competente ed un colloquio con RSPP in cui vengono date le informazioni riguardanti la gestione della sicurezza aziendale e viene fatto un sopralluogo della struttura. L'inserimento avviene con affiancamento per il periodo di prova con riferimento alle procedure aziendali PA26 Formazione e addestramento per tutto il personale paramedico, PA27 Autorizzazione e affiancamento dei medici a cui segue la valutazione del tutor e della direzione.
Sono state adottate procedure specifiche interne per il controllo validità dei documenti e titolo di soggiorno dei lavoratori extracomunitari.
I flussi informativi con il consulente esterno avvengono per lo più tramite contatto telefonico e mail.

Per il personale libero professionista la direzione sanitaria organizza con il presidente del CDA e i responsabili di UO o servizi interessati un colloquio conoscitivo.
Il Direttore Sanitario verifica i requisiti professionali del medico attraverso l'acquisizione della documentazione necessaria (laurea, abilitazione professionale, specializzazione, iscrizione all'Albo…) secondo quanto descritto nella PA27. Sottopone all'attenzione del medico il modulo attestante la sua completa compatibilità ad operare in struttura accreditata con il SSN, come stabilito dal decreto Legge 502/92, e ne riceve la firma. Valuta l'opportunità di verificare il grado di effettiva esperienza chirurgico-operativa anche attraverso l'acquisizione di riscontri da parte delle strutture di provenienza e dei responsabili di UO o servizi interessati. Concorda con il nuovo medico i tempi e le modalità di inizio della collaborazione. Il legale rappresentante si occupa della firma del contratto e dell'assegnazione del budget annuale.

1.2.G. LA FUNZIONE I.T. INFORMATION & TECNOLOGY

Accesso a dominio:
Il servizio è gestito da una ditta esterna. Ogni utente ha sua username e Pw di dominio, tranne che per utenti aggregati (gruppo accettazione, infermieri e sala operatoria). Costoro hanno un unico user Id e pw per la necessità di accesso promiscuo vista la frequenza.
Ditte esterne che hanno necessità di collegamenti remoti ai sistemi della casa di cura, sono profilate con WPN o accessi dedicati.

Accesso alla piattaforma di governo clinico:
Il responsabile del servizio è [redacted]
Ogni utente ha profondità di accesso differenti a seconda del suo ruolo.
I dati vengono salvati quotidianamente sul server; le pw hanno durata periodica e non ci sono controlli specifici sulla incedibilità di pw.
L'accesso ai dati sensibili è possibile UNICAMENTE attraverso profilazione personale, che è sull'applicativo.
Esistono dei Log di sistema che consentono la tracciabilità di tutte le operazioni.
Il sistema gestionale [redacted] è completo, dalla fatturazione alle notizie cliniche. Anche [redacted] e [redacted] (*worklist*, e gestione delle immagini in diagnostica per immagini).
La conservazione documentale legale secondo normativa è gestita attraverso [redacted].

Programma di contabilità:
Il programma di contabilità è gestito da [redacted] ditta [redacted]. Ogni utente ha profondità di accesso differenti secondo utilizzo.

2 LA NORMATIVA

2.1. I REATI

Quanto alla tipologia di reati cui si applica la disciplina in esame, il legislatore delegato ha operato una scelta minimalista rispetto alle indicazioni contenute nella legge delega (Legge n. 300/2000).
Infatti, delle quattro categorie di reati indicate nella Legge n. 300/2000, il Governo ha preso in considerazione soltanto quelle indicate dagli artt. 24 (Indebita percezione di erogazioni pubbliche, Truffa in danno dello Stato o di altro ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e Frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico) e 25 (Concussione e Corruzione), evidenziando, nella relazione di accompagnamento al D. Lgs. n. 231/01, la prevedibile estensione della disciplina in questione anche ad altre categorie di reati. Tale relazione è stata profetica, giacché, successivi interventi normativi, hanno esteso il catalogo dei reati cui si applica la disciplina del Decreto.
La Legge 23 novembre 2001, n. 409 [2], di conversione del D.L. n. 350/2001, recante disposizioni urgenti in vista dell'euro, ha introdotto, all'art. 4, un nuovo articolo al decreto n. 231 (l'art. 25-bis) relativo alle falsità in monete, carte di pubblico credito e in valori di bollo. Inoltre, in data 9 luglio 2009, il Senato ha definitivamente approvato il disegno di legge 1195 B, che, tra l'altro, modifica l'art 25-bis del D. Lgs. n. 231/01 ed inserisce nel medesimo Decreto l'art 25-bis. 1 (delitti contro l'industria e il commercio).
L'intervento più importante è però rappresentato dal D. Lgs. n. 61/2002, in tema di reati societari [3], che ha aggiunto al decreto n. 231 l'art. 25-ter, estendendo la responsabilità amministrativa ad alcune fattispecie di reati societari commessi nell'interesse (ma non anche a vantaggio, come invece previsto dal decreto n. 231) della società da amministratori, direttori generali, liquidatori o da persone sottoposte alla loro vigilanza, qualora il fatto non si fosse realizzato se essi avessero vigilato in conformità agli obblighi inerenti la loro carica.
L'art. 25-ter disciplina, in particolare, i reati di: falsità in bilancio, nelle relazioni e nelle altre comunicazioni sociali, falso in prospetto [4], falsità nelle relazioni o comunicazioni della società di revisione, impedito controllo, formazione fittizia del capitale, indebita restituzione dei conferimenti, illegale ripartizione degli utili e delle riserve, illecite operazioni sulle

azioni o quote sociali o della società controllante, operazioni in pregiudizio dei creditori, indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori, indebita influenza sull'assemblea, aggiotaggio ed, infine, ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza.

Successivamente, la legge di "Ratifica ed esecuzione della Convenzione internazionale per la repressione del finanziamento del terrorismo fatta a New York il 9 dicembre 1999" [(5)], ha inserito un nuovo art. 25-quater al decreto 231, che stabilisce la responsabilità amministrativa dell'ente anche in relazione alla commissione dei delitti aventi finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico. La legge trova inoltre applicazione (art. 25-quater, ult. co.) con riferimento alla commissione di delitti, diversi da quelli espressamente richiamati, "che siano comunque stati posti in essere in violazione di quanto previsto dall'articolo 2 della Convenzione internazionale per la repressione del finanziamento del terrorismo fatta a New York il 9 dicembre 1999".

La legge contenente "Misure contro la tratta delle persone" [(6)] ha, poi, introdotto un nuovo articolo al decreto, il 25-quinquies, che estende il regime della responsabilità amministrativa dell'ente, anche in relazione alla commissione dei delitti contro la personalità individuale disciplinati dalla sezione I del capo III del titolo XII del libro II del codice penale.

Successivi interventi diretti a modificare la disciplina della responsabilità amministrativa degli enti sono stati attuati con la Legge Comunitaria per il 2004 [(7)] (art. 9) che, tra l'altro, ha recepito mediante norme di immediata applicazione la direttiva 2003/6/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 28 gennaio 2003, relativa all'abuso di informazioni privilegiate e alla manipolazione del mercato (c.d. abusi di mercato) e con la legge "Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari", che ha apportato alcune modifiche al regime della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche con riguardo ad alcuni reati societari [(8)] .

La nuova normativa in materia di abusi di mercato ha ampliato l'ambito di applicazione del Decreto, facendo rientrare nel novero degli illeciti "presupposto" della responsabilità amministrativa degli enti le fattispecie dell'abuso di informazioni privilegiate (c.d. insider trading) e della manipolazione del mercato.

La Legge Comunitaria 2004, in particolare, è intervenuta sia sul Codice civile che sul Testo Unico della Finanza (TUF).

Quanto al Codice civile, è stato modificato l'art. 2637, che sanzionava il reato di aggiotaggio commesso su strumenti finanziari sia quotati che non quotati. La norma si applica invece, adesso, ai soli casi di aggiotaggio, posti in essere con riferimento a strumenti finanziari non quotati o per i quali non è stata presentata richiesta di ammissione alle negoziazioni in un mercato regolamentato e non invece a quelli quotati, cui si applicano le norme del TUF in materia di manipolazione di mercato. È invece riferita alle sole informazioni privilegiate, relative a società emittenti disciplinate dal TUF, la nuova fattispecie dell'insider trading (o abuso di informazioni privilegiate).

La Legge n. 262/2005, sulla tutela del risparmio, ha invece esteso la responsabilità degli enti alla nuova fattispecie di reato di omessa comunicazione del conflitto di interessi degli amministratori, riguardante esclusivamente le società quotate e modificato le norme sulle false comunicazioni sociali e sul falso in prospetto.

Ulteriori modifiche legislative, in materia di responsabilità degli enti, sono state introdotte dalla legge n. 7/2006 [(9)], che vieta e punisce le c.d. pratiche di infibulazione, dalla legge n. 38/2006 [(10)], contenente "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet" e, infine, dalla legge di ratifica ed esecuzione della Convenzione di Palermo sulla criminalità organizzata transnazionale del 15 novembre 2000 [(11)].

La legge sulla prevenzione e divieto delle c.d. pratiche di infibulazione, ha poi esteso l'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/01 al nuovo reato di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583-bis c.p.).

La Legge 6 febbraio 2006, n. 38 ha modificato l'ambito di applicazione dei delitti di pornografia minorile e detenzione di materiale pornografico (rispettivamente, artt. 600-ter e 600-quater c.p.), per i quali era già prevista la responsabilità dell'ente ex decreto 231, includendo anche le ipotesi in cui il materiale pornografico utilizzato rappresenti immagini virtuali di minori (c.d. "pedopornografia virtuale").

La Legge n. 146/2006 di ratifica ed esecuzione della Convenzione ONU contro il crimine organizzato transnazionale, ha stabilito l'applicazione del Decreto ai reati di criminalità organizzata transnazionale.

Le nuove disposizioni hanno previsto la responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti dai delitti di associazione a delinquere, riciclaggio, impiego di denaro e beni di provenienza illecita, traffico di migranti e intralcio alla giustizia [(12)].

Successivamente, la Legge 3 agosto 2007, n. 123, con l'introduzione dell'art. 25- septies nell'impianto normativo del D. Lgs. n. 231/01, ha ulteriormente esteso l'ambito applicativo della responsabilità amministrativa degli enti ai reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, che si verifichino in connessione alla violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative alla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro [(13)].
Con Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231, il legislatore ha dato attuazione alla direttiva 2005/60/CE del Parlamento e del Consiglio, del 26 ottobre 2005, concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo (c.d. III Direttiva antiriciclaggio) [(14)]. Ne consegue che l'ente sarà ora punibile per i reati di ricettazione, riciclaggio ed impiego di capitali illeciti, anche se compiuti in ambito prettamente "nazionale", sempre che ne derivi un interesse o vantaggio per l'ente medesimo.
In data 27 febbraio 2008, il Senato ha ratificato e reso esecutiva la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla criminalità informatica, fatta a Budapest il 23 novembre 2001 [(15)]. L'art. 7 della Legge n. 48/08 ha introdotto l'art. 24-bis al D. Lgs. 231/01, il quale estende la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche anche ai reati informatici.
La legge n. 94/2009 [(16)], recante le disposizioni in materia di pubblica sicurezza, ha introdotto l'art. 24-ter che estende la responsabilità amministrativa ai delitti di criminalità organizzata.
L'elenco dei reati suscettibili di determinare la responsabilità amministrativa di un ente è stato ulteriormente ampliato con la pubblicazione della Legge n. 99/09 [(17)], che introduce nel D.Lgs. 231/01 l'art. 25-bis.1, inerente i delitti contro l'industria e il commercio e l'art. 25-novies, relativo ai delitti in materia di violazione del diritto d'autore e modifica l'articolo 25-bis. La Legge n. 99/09 ha inoltre modificato l'art. 25-bis - che raccoglie i reati di falso nummario - introducendo le fattispecie di reato di cui agli articoli 473 e 474 c.p. a tutela dei marchi dei segni distintivi [(18)].

La Legge n. 116/2009 [(19)], di ratifica ed esecuzione della convenzione dell'ONU contro la corruzione, ha introdotto, nel D.Lgs. 231/01, l'art. 25-novies, che prevede la responsabilità amministrativa per il reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria.
Sulla Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 177 del 1 agosto 2011 è stato pubblicato il D.Lgs. 7 luglio 2011, n. 121, recante "Attuazione della direttiva 2008/99/CE sulla tutela penale dell'ambiente, nonché della direttiva 2009/123/CE, che modifica la direttiva 2005/35/CE, relativa all'inquinamento provocato dalle navi e all'introduzione di sanzioni per violazioni".
Nel provvedimento approvato dal Consiglio dei ministri, oltre alla direttiva 2008/99/CE, viene recepita anche la 2009/123CE, che modifica la direttiva 2005/35/CE relativa all'inquinamento.
Nel D.Lgs. n. 231/01 è quindi da ultimo comparso anche il nuovo articolo art. 25-undecies (Reati ambientali), suddivisibili nelle seguenti macro aree:

- Distruzione di specie animali o vegetali protette;
- Deterioramento di habitat protetti;
- Tratta di specie in estinzione;
- Scarico acque reflue;
- Rifiuti;
- Inquinamento di suolo, sottosuolo, acque;
- Emissioni in atmosfera
- Sostanze lesive dell'ozono;
- Inquinamento doloso e colposo provocato dalle navi alla qualità delle acque (scarichi di "sostanze inquinanti").

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 172 del 26/7/2012 è stato pubblicato il D.Lgs. 16/7/2012 n. 109, che introduce, all'interno del D.Lgs. n. 231/01, l'art. 25-duodecies in tema di "impiego di cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare".
Pertanto, a decorrere dal 9/8/2012, entrerà a far parte del novero dei c.d. "reati presupposto", ai fini della responsabilità ex D.Lgs. n. 231/01, anche la condotta del datore di lavoro che occupa alle proprie dipendenze dei lavoratori stranieri privi del permesso di soggiorno o il cui permesso sia scaduto (e del quale non sia stato richiesto nei termini di legge il rinnovo), revocato o annullato.

Di seguito il testo del nuovo dettato normativo:
"25-duodecies. (Impiego di cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare).
1. In relazione alla commissione del delitto di cui all'articolo 22, comma 12-bis, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, si applica all'ente la sanzione pecuniaria da 100 a 200 quote, entro il limite di 150.000 euro".
La legge 190 del 2012, che ha parzialmente riformato i reati dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (attraverso l'introduzione la nuova fattispecie di cui all'art. 319 quater c.p.,) e sempre per quel che qui rileva, che ha delineato nuove norme per contrastare la corruzione tra privati attraverso la modifica dell'art. 2635 codice civile.
Il Decreto legge 14 agosto 2013, n. 93 "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", oltre a dettare nuove disposizioni in dette materie, in te viene sull'elenco dei reati che comportano la responsabilità delle persone giuridiche ai sensi del D.Lgs. n. 231/01.
L'art. 9 del Decreto legge modifica l'articolo 24-bis del D.Lgs. n. 231/01, la norma sulla responsabilità delle persone giuridiche per i delitti informatici e trattamento illecito dei dati, ed estende la sanzione da cento a cinquecento quote:

- al (nuovo) reato aggravato previsto dall'art. 640-ter, terzo comma c.p. che persegue la frode informatica commessa con sostituzione d'identità digitale;
- ai delitti di cui agli articoli 55, comma 9, del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 concernenti l'indebito utilizzo, falsificazione, alterazione di carte di credito o di pagamento;
- ai delitti previsti dalla parte III, titolo III, capo II del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di privacy e tutela dei dati personali riguardanti il trattamento illecito di dati e la falsità nelle dichiarazioni e notificazioni al Garante e l'inosservanza dei provvedimenti del Garante.

La riforma dei reati tributari introdotta con la L. 19 dicembre 2019, n. 157, di conversione del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124 (c.d. decreto fiscale), ha inserito l'art. 25 *quinquiesdecies* al D.Lgs. 231/2001, interpolandolo ulteriormente.

L'art. 25 *quinquiesdecies* del d.lgs. 231/2001 indica per quali reati tributari (previsti cioè nel novellato D.Lgs. 74/2000) commessi per interesse o vantaggio dell'ente possa determinarsi la responsabilità amministrativa:

a) per il delitto di dichiarazione fraudolenta mediante uso di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti previsto dall'art. 2, comma 1, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a cinquecento quote;
b) per il delitto di dichiarazione fraudolenta mediante uso di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti previsto dall'art. 2, comma 2-*bis*, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a quattrocento quote;
c) per il delitto di dichiarazione fraudolenta mediante altri artifici previsto dall'art. 3, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a cinquecento quote;
d) per il delitto di emissione di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti previsto dall'art. 8, d.lgs. 74/2000, comma 1, la sanzione pecuniaria fino a cinquecento quote;
e) per il delitto di emissione di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti previsto dall'art. 8, comma 2-*bis*, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a quattrocento quote;
f) per il delitto di occultamento o distruzione di documenti contabili previsto dall'art. 10, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a quattrocento quote;
g) per il delitto di sottrazione fraudolenta al pagamento di imposte previsto dall'art. 11, d.lgs. 74/2000, la sanzione pecuniaria fino a quattrocento quote.

In caso di profitto di rilevante entità la sanzione pecuniaria subisce un aumento di un terzo.
Sono inoltre applicabili le sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, d.lgs. 231/2001, lettere c) (divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio), lettera d) (esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi) e lettera e) (divieto di pubblicizzare beni o servizi).

2.2. I SOGGETTI DESTINATARI DEL DECRETO

Sotto il profilo dei soggetti destinatari, la legge indica "gli enti forniti di personalità giuridica, le società fornite di personalità giuridica e le società e le associazioni anche prive di personalità giuridica" (art. 1, co. 2). Il quadro descrittivo è completato dall'indicazione, a carattere negativo, dei soggetti a cui non si applica la legge, vale a dire "lo Stato, gli enti pubblici territoriali, nonché gli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale" (art. 1, co. 3). Come si vede, la platea dei destinatari è molto ampia e non sempre è identificabile con certezza la linea di confine, specialmente per gli enti che operano nel settore pubblico, è indubbia, in proposito, la soggezione alla disciplina in argomento delle società di diritto privato, che esercitino un pubblico servizio (in base a concessione, ecc.). Nei loro riguardi – come, del resto, nei confronti degli enti pubblici economici – la problematica della responsabilità riguarda, tra le altre comuni a tutti i destinatari della legge, anche le ipotesi di corruzione sia attiva che passiva.
È opportuno ricordare che questa nuova responsabilità sorge soltanto in occasione della realizzazione di determinati tipi di reati, da parte di soggetti legati a vario titolo all'ente e solo nelle ipotesi in cui la condotta illecita sia stata realizzata nell'interesse o a vantaggio di esso.
Dunque, non soltanto allorché il comportamento illecito abbia determinato un vantaggio, patrimoniale o meno per l'ente, ma anche nell'ipotesi in cui, pur in assenza di tale concreto risultato, il fatto-reato trovi ragione nell'interesse dell'ente.

2.3. LA CONDIZIONE ESIMENTE

L'art. 6 del provvedimento in esame contempla tuttavia una forma di "esonero" da responsabilità dell'ente se si dimostra, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, di aver adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati. Il sistema prevede l'istituzione di un organo di controllo interno all'ente, con il compito di vigilare sull'efficacia reale del Modello.

Di conseguenza una forma specifica di esonero della responsabilità si ottiene qualora la società dimostri che:

- L'Organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, un Modello di organizzazione e di gestione idoneo a prevenire i reati e gli illeciti della specie di quello verificatosi;
- Il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello nonché di curare il loro aggiornamento è stato affidato ad un organismo della società dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- Le persone che hanno commesso i reati e gli illeciti hanno agito eludendo fraudolentemente il suddetto Modello;
- Non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla precedente lett. b).

L'"esonero" dalle responsabilità della società passa attraverso il giudizio d'idoneità del sistema interno di organizzazione e controllo, che il giudice penale è chiamato a formulare in occasione del procedimento penale a carico dell'autore materiale del fatto illecito. Dunque, la formulazione del modello e l'organizzazione dell'attività dell'organo di controllo devono porsi come obiettivo l'esito positivo di tale giudizio d'idoneità. Questa particolare prospettiva finalistica impone agli enti di valutare l'adeguatezza delle proprie procedure alle esigenze di cui si è detto, tenendo presente che la disciplina in esame è già entrata in vigore.
Pertanto, l'adozione del Modello diviene obbligatoria di fatto se si vuole beneficiare dell'esimente.
La mancata adozione non è soggetta ad alcuna sanzione, ma espone l'ente alla responsabilità per gli eventuali illeciti realizzati da amministratori e dipendenti.
Come già detto, l'applicazione delle sanzioni agli enti incide direttamente sugli interessi economici dei soci. Talché, in caso d'incidente di percorso, legittimamente i soci potrebbero esperire azione di responsabilità nei confronti degli amministratori inerti che, non avendo adottato il Modello, abbiano impedito all'ente di fruire del meccanismo di "esonero" dalla responsabilità.

3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI GESTIONE (MOG)

3.1. PREDISPOSIZIONE MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE E CONTROLLO

Come esposto in premessa CASA DI CURA FOGLIANI è strutturata sul modello delle società di medie dimensioni dove, ad un numero complessivamente non indifferente di dipendenti e collaboratori stabili, si accompagna un centro decisionale e direzionale riconosciuto e ben individuabile da tutte le funzioni operanti nell'azienda (C.d.A.)
Ciò ha posto un primo fondamentale aspetto da tener presente nell'elaborazione del Modello di Organizzazione e Gestione e Controllo (MOG): il contemperamento tra le finalità di controllo e prevenzione di un modello efficiente ed il mantenimento, per quanto possibile, di un sistema imperniato sull'innegabile agilità decisionale ed operativa di una struttura aziendale incentrata quasi esclusivamente sulle scelte operative oramai sperimentate da anni di fruttuosità e provenienti dalla proprietà.
Durante le interviste con i vertici aziendali è emersa la chiara volontà di implementare l'efficacia di un modello di organizzazione e gestione poco astratto, codificato contro il rischio di comportamenti devianti del suo personale apicale e dipendente, visto nella duplice ottica di migliorare lo standard qualitativo dell'azienda, uniformandolo ai più avanzati esistenti sul mercato dei competitors e di evitare le pericolose sanzioni interdittive e pecuniarie.
In particolare, la decisione di affidare l'adeguamento di un modello di organizzazione, con le inevitabili correzioni da introdurre sui processi aziendali a rischio, è stata adeguatamente ponderata dall'Organo Amministrativo, con la piena disponibilità a dettagliare i fatti societari, accettando che gli stessi potessero divenire quasi totalmente tracciabili, per consentire all'Organismo di Vigilanza il controllo necessario a render efficace il modello. Ad una iniziale scelta di aggiornamento del modello esistente, si è via via sostituita quella di procedere all'impianto ad origine di un nuovo modello di organizzazione e gestione.
La decisione è risultata per certi versi obbligata dalle nozioni emerse nel corso delle interviste col personale aziendale, le quali hanno consentito di ricostruire una realtà operativa complessa e sfaccettata, che a giudizio dei consulenti, richiede interventi correttivi specifici, non limitati unicamente all'adozione di un mero flusso informativo all'OdV.
La redazione del presente modello è quindi stata occasione, per l'azienda, di procedere al censimento ed al ripensamento della propria struttura e dei propri processi aziendali principali che sono stati qui descritti, con sforzo di fedeltà massima, per come emersi dalla loro narrazione durante le interviste col personale e per l'analisi cartolare di altri documenti aziendali.
Prima della redazione del presente Modello di Organizzazione, sono state adeguatamente analizzate in dettaglio le singole funzioni aziendali, misurando l'esposizione di ciascuna di esse al rischio verificazione di ogni singola fattispecie penale prevista come reato presupposto dal D. Lgs. n. 231/01, e - su queste basi - sono stati decisi due livelli d'intervento a seconda delle risultanti emerse.
Un primo livello, comune a tutte le funzioni, a prescindere dal loro grado di permeabilità accertato al rischio reato, rappresentato dall'implementazione nell'organizzazione dell'azienda di un codice etico condiviso, indirizzato a tutti gli operatori, contenente previsioni sanzionatorie in caso di violazione delle relative disposizioni e dall'introduzione di un nuovo Organo sociale, Organismo di Vigilanza, con penetranti poteri ispettivi (alla stregua del c.d. internal audit), deputato al controllo dei fatti societari in ottica preventiva al rischio reato presupposto.
Un secondo livello, individualizzato e tarato proprio sulla singola funzione o processo che sia risultato particolarmente esposto al rischio verificazione reato presupposto, contenente meccanismi correttivi nel singolo processo che, se puntualmente osservati, consentiranno di ridurre il grado di rischio fino a ricondurlo a margini accettabili o fisiologici per il tipo di attività e per il tipo di funzione.
In generale, le caratteristiche essenziali per la costruzione di un Modello possono essere individuate nelle seguenti fasi: l'identificazione dei rischi, ossia l'analisi delle strutture aziendali al fine di evidenziare, dove (in quale area/settore di attività) e secondo quali modalità, si può verificare la commissione dei reati previsti dal D. Lgs. n. 231/01;
la progettazione del sistema di controllo (c.d. procedure), ossia la valutazione del sistema di controllo esistente nell'ambito aziendale ed il suo eventuale adeguamento, al fine di contrastare efficacemente i rischi identificati.

Le componenti di un sistema di controllo preventivo dai reati dolosi che devono essere attuate a livello aziendale per garantire l'efficacia del Modello sono così individuate:

- implementazione di un Codice Etico, che individui i principi di comportamento in grado di prevenire i reati considerati;
- adozione di un sistema organizzativo sufficientemente formalizzato e chiaro, soprattutto per quanto concerne l'attribuzione di responsabilità;
- adozione di procedure manuali e informatiche;
- adozione di un sistema di poteri autorizzativi e di firma;
- adozione di un sistema di opportuno controllo interno;
- adozione di un sistema di comunicazione e formazione del personale.

Le componenti sopra evidenziate devono ispirarsi ai seguenti principi:

ogni operazione, transazione, azione deve essere verificabile, documentata, coerente e congrua;
- nessuno, tendenzialmente, può gestire in autonomia un intero processo;
- il sistema di controllo deve documentare l'effettuazione dei controlli.
- la nomina dell'Organismo di Vigilanza (di seguito anche "OdV"), ossia dell'organo al quale affidare il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento;
- la previsione di un sistema disciplinare o di meccanismi sanzionatori per le violazioni delle norme del Codice Etico e delle procedure previste dal Modello.

Orbene, sulla scorta di questi principi di organizzazione aziendale, è stato delineato l'insieme di processi correttivi necessari per contenere il rischio nei casi di esposizione "MEDIO" o "ALTO".
In buona sostanza e per eliminare qualsiasi dubbio sulla effettività del presente intervento, si è deciso di dotare CASA DI CURA FOGLIANI di un primo livello di controllo, rappresentato dall'iimplementazione del Codice Etico e dell'Organismo di Vigilanza.
Ciò permetterà di ridurre ancor più significativamente il livello complessivo di rischio, di tutti i processi e di tutte le funzioni.
Si è infine concretamente operato sulle funzioni e sui processi più esposti, mediante l'introduzione di protocolli correttivi ad hoc la cui osservanza, da un lato, SPECIFICA il carattere di IDONEITA' del presente MOG e, dall'altro, lo DIFFERENZIA da altri modelli allontanandone ogni rischio di GENERICITA'.
Di seguito saranno passate in rassegna TUTTE le fattispecie di reato presupposto con una breve analisi della loro astratta configurabilità nella vita aziendale, unitamente al grado di rischio verificazione, tarato sulla base della idoneità/sufficienza dei processi aziendali interessati e delle successive azioni correttive intraprese dall'azienda.
Come si avrà modo di vedere, l'intervento del presente MOG è risultato particolarmente mirato ai casi di rischi sensibili.

NOTE

(1) *La previsione di una responsabilità amministrativa (ma di fatto penale) degli enti per determinate fattispecie di reato era contenuta nell'art. 2 della Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali. Tale tipo di responsabilità è stato successivamente introdotto nel nostro ordinamento dall'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300, di ratifica ed esecuzione delle convenzioni OCSE e Unione Europea contro la corruzione nel commercio internazionale e contro la frode ai danni della Comunità Europea. L'art. 11, in particolare, delegava il Governo a disciplinare l'articolazione di questo tipo di responsabilità. In attuazione di tale delega, il Governo ha adottato il D. Lgs. n. 231/2001.*

(2) *Legge n. 409/2001 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 24 novembre 2001.*

(3) *Il decreto legislativo n. 61/2002 sulla disciplina degli illeciti penali ed amministrativi riguardanti le società commerciali. Il decreto è stato pubblicato l'11 aprile 2002 sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 88 del 15 aprile 2002. Con questo provvedimento il Governo ha dato attuazione all'art. 11 della legge delega sulla riforma del diritto societario (l. n. 366/2001), approvata il 3 ottobre 2001. Le norme menzionate sono state successivamente modificate con la l. n. 262/2005 citata nel seguito.*

(4) *L'art. 2623 c.c. che disciplinava il reato di falso in prospetto è stato abrogato e sostituito con l'art. 173-bis TUF. Nonostante tale modifica, il richiamo all'art. 2623 contenuto nell'art. 25-ter del D. Lgs. n. 231/2001 non è stato sostituito con il richiamo all'art. 173-bis TUF, ciò che dovrebbe comportare l'inapplicabilità del decreto 231 al reato di falso in prospetto.*

(5) *Legge n. 7/2003, in G.U. n. 21 del 27 gennaio 2003.*

(6) *Legge 11 agosto 2003, n. 228, recante "Misure contro la tratta di persone". Il provvedimento è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 agosto 2003, n. 195*

(7) *Legge 18 aprile 2005, n. 62, contenente "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2004". Il provvedimento è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 96 del 27 aprile 2005 - Supplemento ordinario n.76.*

(8) *Legge 28 dicembre 2005, n. 262 recante "Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 301 del 28 dicembre 2005 - Supplemento Ordinario n. 208.*

(9) *Legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006.*

(10) *Legge 6 febbraio 2006, n. 38, contenente "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 2006.*

(11) *Legge 16 marzo 2006, n. 146, recante "Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'11 aprile 2006, n. 85 – Suppl. Ord. n. 91.*

(12) *La previsione relativa ai reati di riciclaggio e impiego di denaro e beni di provenienza illecita aventi carattere di transnazionalità è stata successivamente abrogata dal D. Lgs. n. 231 del 21 novembre 2007.*

(13) *Legge 3 agosto 2007, n. 123, recante "Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia", pubblicata in G.U. 10 agosto 2007, n. 185. (20)*

(14) *Il D. Lgs. n. 231/2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", è stato pubblicato nella G.U. n. 290 del 14 dicembre 2007 - Suppl. Ordinario n. 268. Il testo è in vigore dal 29 dicembre 2007.*

(15) *Legge del 18 marzo 2008, N. 48.*

(16) *Legge 15 luglio 2009, n. 94, recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 170 del 24 luglio 2009 - Supplemento ordinario n. 128.*

(17) *Legge 23 luglio 2009, n. 99 recante "Disposizioni per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese, nonché in materia di energia" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 176 del 31 luglio 2009 - Supplemento ordinario n. 136.*

(18) *Le fattispecie incriminanti previste dagli articoli 473 e 474 - inserite nel codice penale nel titolo VII tra i delitti contro la fede pubblica – sono posti a tutela della fiducia che i consumatori ripongono nella funzione distintiva del marchio.*

(19) *Legge 3 agosto 2009, n. 116 recante "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché' norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale. (09G0123)" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 188 del 14 agosto 2009*