

## **CODICE ETICO**

### **Linee guida e normative di integrità e trasparenza**

#### **Centro Medico Polispecialistico, Diagnostico e Riabilitativo For Me**

### **INTRODUZIONE**

Il presente Codice Etico (di seguito anche “Codice”) stabilisce le regole di condotta e gli standard di integrità e trasparenza cui devono attenersi tutti coloro che operano, a qualsiasi titolo, per il Centro Medico For Me (di seguito “Centro”). Il Codice si applica nella misura in cui risulti compatibile con la natura e le modalità di ciascun rapporto (lavoro subordinato, collaborazione, libera professione, consulenza, appalto, fornitura).

Il Codice è adottato anche quale strumento di prevenzione dei reati presupposto ai sensi del D.Lgs. 231/2001 ed è coerente con i principi dei Codici Deontologici delle professioni sanitarie. Nessun obiettivo economico, commerciale o organizzativo può giustificare comportamenti non etici o contrari alla legge.

In caso di dubbio sull'applicazione del Codice, è doveroso chiedere chiarimento al proprio referente gerarchico/organizzativo o alla funzione interna incaricata della compliance/controlli (es. OdV, ufficio qualità, internal audit, direzione sanitaria). L'uso del buon senso non sostituisce le regole: le completa.

### **1. VALORI AZIENDALI**

Il Centro fonda la propria attività su valori “non negoziabili” che devono guidare ogni decisione clinica e gestionale:

- Tutela della salute e centralità del paziente: il beneficio del paziente viene prima di qualsiasi interesse secondario.
- Legalità: rispetto delle leggi, dei regolamenti e delle prescrizioni delle Autorità competenti.
- Integrità e correttezza: rifiuto di scorciatoie, favoritismi, pratiche opache o indebite.
- Trasparenza e tracciabilità: decisioni e processi devono lasciare evidenza verificabile (chi fa cosa, quando e perché).
- Professionalità e competenza: aggiornamento continuo, appropriatezza clinica, responsabilità individuale.
- Riservatezza: tutela dei dati personali e sanitari, segreto professionale e sicurezza informativa.
- Sicurezza: prevenzione dei rischi per pazienti, lavoratori e terzi; cultura del miglioramento continuo.

### **2. APPLICAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO**

Responsabilità della Direzione: la Direzione adotta il Codice, ne promuove la diffusione e assicura che esistano procedure e controlli adeguati per renderlo applicabile (formazione, istruzioni operative, audit, gestione non conformità).

Responsabilità dei Responsabili: chi coordina persone o processi deve dare l'esempio, prevenire violazioni, gestire conflitti e segnalare tempestivamente anomalie. La tolleranza "di fatto" verso comportamenti scorretti è essa stessa una violazione.

Responsabilità individuale: ogni destinatario del Codice è personalmente responsabile dei propri comportamenti. Non è ammesso invocare ignoranza del Codice o ordini contrari per giustificare violazioni.

Diffusione: il Codice deve essere consegnato o reso accessibile (intranet/sito/aree comuni) e richiamato nei contratti con collaboratori e fornitori, anche tramite specifiche clausole etiche.

### **3. OSSERVANZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO**

Le regole del Codice prevalgono su istruzioni difformi ricevute da qualunque livello organizzativo. Se un'istruzione appare in conflitto con il Codice o con la legge, occorre fermarsi, chiedere chiarimento e documentare la richiesta. L'operatività non giustifica "forzature".

Nel prendere decisioni operative, ciascun destinatario deve porsi almeno queste domande:

- È legale e conforme alle procedure interne?
- È nell'interesse del paziente e del Centro, senza vantaggi personali indebiti?
- È trasparente e tracciabile (potrei spiegarla senza imbarazzo a un audit, a un paziente, a un'Autorità)?
- Espone il Centro o i pazienti a rischi evitabili (clinici, reputazionali, economici)?

### **4. SEGNALAZIONI DI VIOLAZIONE E SISTEMA DISCIPLINARE**

Il Centro adotta canali di segnalazione interni idonei, anche in forma riservata, per comunicare violazioni o sospetti fondati (es. comportamenti scorretti, frodi, indebite pressioni, carenze di sicurezza, abusi). Le segnalazioni vengono gestite con criteri di riservatezza, imparzialità e tutela di tutte le persone coinvolte.

Principi minimi di gestione delle segnalazioni:

- Riservatezza dell'identità del segnalante e delle persone menzionate, nei limiti di legge.
- Divieto di ritorsioni, discriminazioni o penalizzazioni connesse alla segnalazione effettuata in buona fede.
- Valutazione tempestiva e tracciata (presa in carico, istruttoria, esito, azioni correttive).
- Rispetto del contraddittorio e del diritto di difesa della persona segnalata.
- Chiusura con misure correttive e, se del caso, sanzioni disciplinari proporzionate.

Le violazioni del Codice costituiscono inadempimento contrattuale e possono comportare misure disciplinari fino alla risoluzione del rapporto, oltre ad eventuali azioni civili/penali, in funzione della gravità e della normativa applicabile.

## **5. LINEE GUIDA**

### **5.1 Conformità alle leggi**

È richiesto il rispetto integrale della legislazione e regolamentazione applicabile (sanitaria, lavoro, privacy, fiscale, antiriciclaggio ove pertinente, pubblicità sanitaria, dispositivi medici, ecc.). Il Centro fornisce informazioni e formazione, ma la responsabilità del rispetto resta personale.

- Non porre in essere atti o omissioni che possano integrare reati o illeciti amministrativi.
- Segnalare tempestivamente richieste o pressioni indebite (es. falsificazioni, “aggiustamenti”, alterazioni documentali).
- Operare solo entro le proprie competenze e abilitazioni professionali.

### **5.2 Salvaguardia delle informazioni aziendali**

Le informazioni interne (procedure, dati organizzativi, listini, accordi, piani, documenti operativi) sono accessibili solo a persone autorizzate e devono essere protette da divulgazioni indebite.

- Non condividere credenziali; le password sono personali e non cedibili.
- Conservare documenti e supporti in modo sicuro; evitare stampe e copie non necessarie.
- Segnalare incidenti informatici o smarrimenti di documenti/dati secondo procedura (data breach).

### **5.3 Gestione trasparente**

Le informazioni devono essere accurate e le decisioni devono essere trasparenti. Una decisione è trasparente quando: è autorizzata correttamente, si fonda su dati veritieri, valuta i rischi, lascia traccia documentale ed è orientata all’interesse del Centro e del paziente.

- Evitare scorciatoie non documentate: ogni deroga deve essere motivata e autorizzata.
- Non alterare referti, registri, consensi, prenotazioni o documenti contabili.
- Comunicare in modo chiaro e non ingannevole a pazienti e stakeholder.

### **5.4 Riservatezza delle informazioni**

Le informazioni sanitarie e quelle aziendali non pubbliche devono essere trattate con riservatezza. L’obbligo persiste anche dopo la cessazione del rapporto.

- Parlare di casi clinici solo in contesti appropriati e con persone autorizzate.
- Evitare conversazioni in aree comuni o dove terzi possano ascoltare.
- Restituire o distruggere correttamente documenti riservati secondo procedure interne.

### **5.5 Conflitti di interesse, lealtà e non concorrenza**

I conflitti di interesse (attuali o potenziali) devono essere evitati e, quando non evitabili, gestiti con trasparenza. È conflitto ogni situazione in cui interessi personali possano influenzare decisioni cliniche o gestionali o generarne anche solo il sospetto.

- Dichiarare rapporti economici o personali con fornitori, competitor, soggetti invianti o enti pubblici rilevanti.
- Non indirizzare pazienti o scelte cliniche per vantaggi personali (es. incentivi, regali, accordi esterni).
- Rispettare eventuali obblighi di non concorrenza previsti dal contratto; richiedere autorizzazioni scritte per eccezioni.

### **5.6 Comunicazioni pubbliche e media**

Le comunicazioni esterne (media, social, dichiarazioni istituzionali) devono essere gestite solo da soggetti autorizzati e coerenti con le politiche interne, nel rispetto della reputazione del Centro e della riservatezza sanitaria.

- Non rilasciare dichiarazioni a nome del Centro senza delega.
- Sui social: non pubblicare contenuti che identifichino pazienti o dettagli clinici; evitare commenti che ledano reputazione.
- In caso di richieste esterne: indirizzare alle funzioni competenti (direzione, comunicazione, direzione sanitaria).

### **5.7 Doni, omaggi, ospitalità e sponsorizzazioni**

Doni e utilità possono generare indebite influenze. È vietato offrire o accettare denaro o equivalenti. Sono ammessi esclusivamente omaggi di modico valore, nel rispetto delle regole interne e della normativa (in particolare nei rapporti con soggetti pubblici).

- Non accettare regali che possano condizionare (o apparire tali) decisioni cliniche, acquisti, scelte di fornitura.
- Ogni omaggio ricevuto non riconducibile a normale cortesia deve essere comunicato secondo procedura interna.

- Eventi sponsorizzati: partecipazione solo se pertinente, autorizzata e tracciata; vietati benefit eccessivi o impropri.

### **5.8 Utilizzo dei beni aziendali**

I beni del Centro (attrezzature, dispositivi medici, farmaci/materiali, locali, automezzi, strumenti informatici, dati) devono essere utilizzati con prudenza e solo per fini istituzionali.

- Divieto di uso personale significativo o cessione a terzi senza autorizzazione.
- Obbligo di custodia e prevenzione di furti, danni, sprechi e manomissioni.
- Segnalare guasti, malfunzionamenti o uso improprio.

### **5.9 Trattamento di dati personali e sanitari**

I dati personali, in particolare quelli relativi alla salute, devono essere trattati secondo il GDPR e le istruzioni interne. Si accede solo ai dati necessari alle proprie funzioni (principio di minimizzazione).

- Non consultare cartelle cliniche/referti senza motivo di servizio.
- Proteggere schermi e documenti; bloccare postazioni in caso di allontanamento.
- Trasmettere dati all'esterno solo se autorizzato e con canali sicuri.

### **5.10 Sicurezza del paziente**

Qualità e sicurezza del paziente sono valori centrali. Il Centro promuove una cultura della sicurezza basata su: comunicazione aperta, lavoro di squadra, apprendimento dagli errori e gestione dei rischi clinici.

- Adozione e rispetto di protocolli (identificazione paziente, consenso informato, gestione farmaci, igiene mani, ecc.).
- Segnalazione e analisi di eventi avversi e near miss, senza cultura della colpa ma con responsabilità e miglioramento.
- Comunicazione trasparente con pazienti e familiari quando appropriato, nel rispetto delle norme e delle procedure.
- Appropriatelyzza clinica: evitare prestazioni non necessarie o non indicate; priorità al beneficio del paziente.

### **5.11 Utilizzo di informazioni privilegiate o sensibili**

È vietato utilizzare informazioni interne non pubbliche per ottenere vantaggi personali o per favorire terzi. Per il Centro, rientrano tipicamente: informazioni su gare/acquisti, accordi commerciali, politiche di prezzo, dati sensibili su personale o pazienti, audit e ispezioni non pubbliche.

- Divieto di “soffiata” a fornitori/competitor su scelte imminenti o condizioni economiche.
- Divieto di usare informazioni cliniche o organizzative per costruire vantaggi esterni.
- Obbligo di segnalare tentativi di acquisizione indebita di informazioni.

### **5.12 Utilizzo di risorse tecnologiche**

Hardware, software, email, messaggistica, device e reti del Centro devono essere utilizzati esclusivamente per scopi di lavoro, nel rispetto delle policy. È vietato installare software non autorizzato o privo di licenza.

- Non usare strumenti personali per scambiare dati sanitari se non previsto e protetto da procedure.
- Evitare invii a destinatari errati; verificare allegati e indirizzi.
- Segnalare phishing, malware, accessi sospetti.

### **5.13 Diritti di proprietà intellettuale**

Procedure, materiali formativi, protocolli, contenuti, documentazione e soluzioni sviluppate nel contesto lavorativo sono patrimonio del Centro, salvo diverse pattuizioni.

- Non copiare o distribuire materiali interni senza autorizzazione.
- Rispettare licenze e diritti di terzi (software, immagini, testi, linee guida).

### **5.14 Controlli interni**

I controlli interni (procedure, doppie verifiche, autorizzazioni, audit, registri) servono a prevenire errori e illeciti. Ognuno deve contribuire al loro corretto funzionamento.

- Non aggirare controlli per “fare prima”.
- Segnalare disfunzioni o aree grigie; proporre miglioramenti.
- Collaborare con audit e verifiche fornendo informazioni complete e veritiere.

### **5.15 Registrazione e accurata archiviazione**

Ogni registrazione clinica e amministrativa deve essere veritiera, completa, tempestiva e rintracciabile. Referti, consensi, registri, fatture e documenti di spesa devono poter essere ricostruiti in ogni momento.

- Divieto di falsificazione, occultamento o distruzione indebita di documenti.
- Conservare secondo tempi e modalità previsti da legge e procedure.
- Assicurare la tracciabilità di chi ha fatto cosa (autorizzato, eseguito, registrato, verificato).

### **5.16 Salute e sicurezza**

La salute e sicurezza di lavoratori e pazienti è prioritaria. Il Centro opera in conformità al D.Lgs. 81/2008 e alle procedure di prevenzione e protezione (DPI, formazione, segnalazioni near miss).

- Obbligo di rispettare procedure di sicurezza e utilizzare correttamente DPI e attrezzature.
- Segnalare incidenti, quasi incidenti, rischi strutturali o organizzativi.
- Partecipare alla formazione e alle prove/istruzioni previste (emergenze, antincendio, ecc.).
- 

### **5.17 Concorrenza leale, onesta e trasparente**

Il Centro compete e opera sul mercato in modo leale. È vietato denigrare competitor, diffondere informazioni false o porre in essere pratiche commerciali scorrette.

- Comunicazioni commerciali veritiere e conformi alla normativa sulla pubblicità sanitaria.
- Rispetto delle regole antitrust e delle pratiche di mercato corrette.

### **5.18 Incentivi commerciali e divieto di corruzione**

Qualsiasi incentivo, sconto, abbuono o commissione deve essere legittimo, documentato, autorizzato e registrato. La corruzione è vietata in ogni forma, anche indiretta.

- Divieto di pagamenti impropri per ottenere invii, prescrizioni, convenzioni o vantaggi.
- Particolare attenzione nei rapporti con funzionari pubblici o incaricati di pubblico servizio.
- Spese di rappresentanza solo se autorizzate, documentate e proporzionate.

### **5.19 Diritti umani, condizioni e ambiente di lavoro**

Il Centro garantisce pari opportunità e un ambiente di lavoro rispettoso, privo di discriminazioni, molestie e comportamenti vessatori. Se si verificano episodi, devono essere segnalati e gestiti tempestivamente.

- Zero tolleranza verso molestie, violenza verbale o fisica, mobbing.
- Gestione del personale basata su merito e competenza.
- Rispetto delle differenze personali, culturali e religiose.

### **5.20 Rapporti con la comunità e con le istituzioni**

Il Centro opera con senso di responsabilità verso la comunità e collabora con le istituzioni nel rispetto dei ruoli. Non è consentito impegnare il Centro in iniziative politiche o conflitti di parte.

- Rapporti con Autorità e ispezioni: collaborazione, trasparenza e rispetto delle procedure interne.
- Iniziative sociali e di prevenzione: promosse in modo serio e coerente con missione sanitaria.

### **5.21 Ambiente**

Il Centro si impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività e a rispettare la normativa in materia di rifiuti, smaltimento sanitario, consumi e sostanze pericolose.

- Corretta gestione dei rifiuti sanitari e pericolosi secondo procedure e classificazioni.
- Riduzione degli sprechi (energia, acqua, materiali) e promozione di comportamenti sostenibili.
- Segnalazione di anomalie (sversamenti, stoccaggi impropri, contenitori danneggiati).

## **6. VALIDITÀ**

Il presente Codice entra in vigore dalla data di adozione formale da parte della Direzione del Centro Medico For Me. È soggetto a revisione periodica per garantirne l'aggiornamento rispetto alle evoluzioni normative, organizzative e di rischio. La versione vigente è quella pubblicata e resa disponibile secondo le modalità interne stabilite.