

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



PARTE
GENERALE

INDICE

FINALITÀ E STRUTTURA DEL MODELLO	II
GLOSSARIO E DEFINIZIONI	III
PARTE GENERALE	
1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001	3
1. Il Decreto Legislativo 231/2001.....	3
1.1 La Responsabilità amministrativa degli enti.....	3
1.2 I reati previsti dal Decreto.....	4
1.3 Le sanzioni previste dal Decreto.....	5
1.4 Condizione esimente della Responsabilità amministrativa.....	6
1.5 Le vicende modificative dell'ente.....	7
1.6 I reati commessi all'estero.....	8
2. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELLA FONDAZIONE	9
2.1 La Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS e il sistema di controllo interno.....	9
2.2 Finalità ed elementi costitutivi del Modello.....	13
2.3 Destinatari.....	15
2.4 Codice Etico e Modello.....	15
2.5 Aspetti metodologici del processo di predisposizione ed aggiornamento del Modello.....	15
2.6 Principi e presidi generali di controllo interno.....	16
3. ORGANISMO DI VIGILANZA	19
3.1 Identificazione dell'Organismo di Vigilanza.....	19
3.2 Cause di ineleggibilità, decadenza e revoca dell'Organismo di Vigilanza.....	21
3.3 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza.....	22
3.4 Reporting dell'Organismo di Vigilanza nei confronti degli Organi della Fondazione.....	23
3.5 Flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.....	23
3.6 Gestione delle segnalazioni e disciplina in materia di whistleblowing.....	25
4. SISTEMA DISCIPLINARE	27
4.1 Premessa.....	27
4.2 Sanzioni per i lavoratori dipendenti.....	28
4.3 Sanzioni nei confronti dei dirigenti.....	28
4.4 Misure nei confronti degli Amministratori e dei membri del Collegio dei Revisori.....	29
4.5 Misure nei confronti dei membri dell'OdV.....	29
4.6 Misure nei confronti di Fornitori, Collaboratori e Consulenti.....	29
5. INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E DIFFUSIONE DEL MODELLO	30
6. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO E SUA ATTUAZIONE	31

Revisione N.	Descrizione revisione	Data Approvazione CdA
0	Prima stesura	21/07/2015
1	Revisione generale	28/11/2016
2	Revisione generale	27/02/2019



Introduzione del Decreto Legislativo 231/2001

In data 8 giugno 2001 è stato emanato – in esecuzione della delega di cui all'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300 – il Decreto Legislativo n. 231 (nel testo denominato anche "Decreto" o "D.Lgs. 231/2001"), entrato in vigore il 4 luglio successivo, che ha inteso adeguare la normativa interna in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune Convenzioni internazionali a cui l'Italia aveva già da tempo aderito, ed in particolare:

- la Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee;
- la Convenzione anch'essa firmata a Bruxelles il 26 maggio 1997 relativa alla lotta alla corruzione di funzionari delle Comunità Europee o degli Stati membri;
- la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 relativa alla lotta alla corruzione di Pubblici Ufficiali stranieri nelle operazioni economiche e internazionali.

1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001

Il presente capitolo del Modello ha lo scopo di illustrare i principali contenuti e gli aspetti di carattere generale relativi al D.Lgs. 231/2001, con particolare riferimento alla responsabilità amministrativa degli enti, ai reati e alle sanzioni previste dal Decreto, alla condizione esimente della responsabilità amministrativa, alle vicende modificative dell'ente e ai reati commessi all'estero.

1.1 La Responsabilità amministrativa degli enti

Il D.Lgs. 231/2001 ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano la responsabilità amministrativa degli enti per gli illeciti dipendenti da reato. Le disposizioni in esso previste si applicano agli "enti forniti di personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica" (di seguito anche solo "enti").

Tale nuova forma di responsabilità, sebbene definita "amministrativa" dal legislatore, presenta tuttavia taluni caratteri propri della responsabilità penale, essendo ad esempio rimesso al giudice penale competente l'accertamento dei reati dai quali essa è fatta derivare ed essendo estese all'ente le garanzie del processo penale.



Il Decreto stabilisce che:

1. L'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse, ovvero quando l'autore del reato ha agito con l'intento di favorire l'ente, indipendentemente dalla circostanza che poi tale obiettivo sia stato realmente conseguito, o a suo vantaggio, ovvero quando l'ente ha tratto dal reato - o avrebbe potuto trarre da esso - un risultato positivo, economico o di altra natura. Si fa riferimento a reati esplicitamente previsti dal Decreto e commessi:

- a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (c.d. apicali, di cui all'art. 5 lettera a));
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a) (c.d. soggetti subordinati o sottoposti di cui all'art. 5 lettera b) del Decreto). Appartengono a questa categoria i soggetti legati all'ente da un rapporto di lavoro subordinato (es. Dipendenti), parasubordinato (es. Collaboratori), nonché a soggetti esterni (quali, a titolo esemplificativo, Consulenti, agenti, mandatari, etc.).

2. L'ente non risponde se le persone indicate nel punto 1 hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

Oltre all'esistenza degli elementi oggettivi sopra descritti, il D.Lgs. 231/2001 richiede anche l'esistenza di un elemento soggettivo, che consiste nell'accertamento della colpevolezza dell'ente, al fine di poterne affermare la responsabilità. Tale requisito è in definitiva riconducibile ad una "colpa di organizzazione", da intendersi quale mancata adozione, da parte dell'ente, di misure preventive adeguate a prevenire la commissione dei reati elencati al successivo paragrafo, da parte dei soggetti individuati nel Decreto.

La responsabilità amministrativa dell'ente è ulteriore e diversa da quella della persona fisica che ha materialmente commesso il reato e sono entrambe oggetto di accertamento nel corso del medesimo procedimento innanzi al Giudice Penale. Peraltro, la responsabilità dell'ente permane anche nel caso in cui la persona fisica autrice del reato non sia identificata o non risulti punibile.

La responsabilità dell'ente può ricorrere anche se il delitto presupposto si configura nella forma di tentativo (ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 231/2001), vale a dire quando il soggetto agente compie atti idonei diretti in modo non equivoco a commettere il delitto e l'azione non si compie o l'evento non si verifica.

1.2 I reati previsti dal Decreto

I reati, dal cui compimento può derivare la responsabilità amministrativa dell'ente, sono quelli espressamente richiamati dal D.Lgs. 231/2001 e successive modifiche ed integrazioni.



Si elencano di seguito le categorie di reato ricomprese nel D.Lgs. 231/2001, rimandando al documento "Elenco reati 231" disponibile nella intranet aziendale per il dettaglio delle singole fattispecie di reato-presupposto incluse in ciascuna categoria (nelle parentesi sono indicati gli articoli del Decreto):

1. indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico (art. 24);
2. delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis);
3. delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter);
4. concussione, induzione indebita a dare o promettere altra utilità e corruzione (art. 25);
5. falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (art. 25-bis);
6. delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis.1);
7. reati societari (art. 25-ter);
8. delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsto dal codice penale e dalle leggi speciali (art. 25-quater);
9. pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater.1);
10. delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinquies);
11. reati di abuso di mercato (art. 25-sexies);
12. reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art.25-septies);
13. ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio (art. 25-octies);
14. delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies);
15. induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies);
16. reati ambientali (art. 25-undecies);



Le sanzioni interdittive

In particolare le sanzioni interdittive, che si applicano in relazione ai reati per i quali sono espressamente previste, possono comportare importanti restrizioni all'esercizio dell'attività di impresa dell'ente, quali:

A

interdizione dall'esercizio dell'attività;

B

sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;

C

divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, salvo che per le prestazioni del pubblico servizio;

D

esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi e sussidi, e/o revoca di quelli eventualmente già concessi;

E

divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Tali misure possono essere applicate all'ente anche in via cautelare, e dunque prima dell'accertamento nel merito in ordine alla sussistenza del reato e dell'illecito amministrativo che da esso dipende, nell'ipotesi in cui si ravvisi l'esistenza di gravi indizi tali da far ritenere la responsabilità dell'ente, nonché il pericolo di reiterazione dell'illecito.

Nell'ipotesi in cui il giudice ravvisi l'esistenza dei presupposti per l'applicazione di una misura interdittiva a carico di un ente che svolga attività di interesse pubblico ovvero abbia un consistente numero di dipendenti, lo stesso potrà disporre che l'ente continui a operare sotto la guida di un commissario giudiziale.

17. impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies);
18. razzismo e xenofobia (art. 25-terdecies);
19. frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati (art. 25-quaterdecies);
20. reati transnazionali (art. 10 L. n. 146/2006).

1.3 Le sanzioni previste dal Decreto

La competenza a conoscere degli illeciti amministrativi dell'ente appartiene al Giudice Penale.



L'accertamento della responsabilità determina l'applicazione delle sanzioni previste dal Decreto, e precisamente:

- a) sanzioni pecuniarie: sono sempre applicate qualora il Giudice ritenga l'ente responsabile. Esse vengono calcolate tramite un sistema basato su quote, determinate dal Giudice nel numero e nell'ammontare: il numero delle quote, da applicare tra un minimo e un massimo che variano a seconda della fattispecie, dipende dalla gravità del reato, dal grado di responsabilità dell'ente, dall'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del reato o per prevenire la commissione di altri illeciti; l'ammontare della singola quota viene invece stabilito, tra un minimo di € 258,23 e un massimo di € 1.549,37, a seconda delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente;
- b) sanzioni interdittive: si applicano in aggiunta alle sanzioni pecuniarie soltanto se espressamente previste per il reato per cui l'ente viene condannato e solo nel caso in cui ricorra almeno una delle seguenti condizioni:
 - l'ente ha tratto dal reato un profitto rilevante e il reato è stato commesso da un soggetto apicale, o da un soggetto subordinato qualora la commissione del reato sia stata resa possibile da gravi carenze organizzative;
 - in caso di reiterazione degli illeciti;
- c) confisca: con la sentenza di condanna è sempre disposta la confisca del prezzo o del profitto del reato o di beni o altre utilità di valore equivalente;
- d) pubblicazione della sentenza: può essere disposta, su richiesta del Giudice, quando l'ente è condannato ad una sanzione interdittiva e consiste nella pubblicazione della sentenza, per estratto o per intero, sul sito internet del Ministero della Giustizia (ex art.18 D.Lgs. 231/2001) nonché mediante affissione nel Comune ove l'ente ha la sede principale. La pubblicazione della sentenza è eseguita a spese dell'ente.

In particolare le sanzioni interdittive, che si applicano in relazione ai reati per i quali sono espressamente previste, possono comportare importanti restrizioni all'esercizio dell'attività di impresa dell'ente, quali:

- a) interdizione dall'esercizio dell'attività;
- b) sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- c) divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, salvo che per le prestazioni del pubblico servizio;
- d) esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi e sussidi, e/o revoca di quelli eventualmente già concessi;



Onere della prova

Nonostante il Modello funga da causa di non punibilità sia che il reato presupposto sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale, sia che sia stato commesso da un soggetto in posizione subordinata, il meccanismo previsto dal Decreto in tema di onere della prova è molto più severo per l'ente nel caso in cui il reato sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale.

In quest'ultimo caso, infatti, l'ente deve dimostrare che le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente il Modello; il Decreto richiede quindi una prova di estraneità più forte, in quanto l'ente deve anche provare una condotta fraudolenta da parte di soggetti apicali.

Nell'ipotesi di reati commessi da soggetti in posizione subordinata, l'ente può invece essere chiamato a rispondere solo qualora si accerti che la commissione del reato sia stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza, comunque esclusa se, prima della commissione del reato, l'ente si è dotato di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello commesso. Si tratta, in questo caso, di una vera e propria colpa in organizzazione: "l'ente ha acconsentito indirettamente alla commissione del reato, non presidiando le attività né i comportamenti dei soggetti a rischio di commissione di un reato presupposto".

e) divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Tali misure possono essere applicate all'ente anche in via cautelare, e dunque prima dell'accertamento nel merito in ordine alla sussistenza del reato e dell'illecito amministrativo che da esso dipende, nell'ipotesi in cui si ravvisi l'esistenza di gravi indizi tali da far ritenere la responsabilità dell'ente, nonché il pericolo di reiterazione dell'illecito.

Nell'ipotesi in cui il giudice ravvisi l'esistenza dei presupposti per l'applicazione di una misura interdittiva a carico di un ente che svolga attività di interesse pubblico ovvero abbia un consistente numero di dipendenti, lo stesso potrà disporre che l'ente continui a operare sotto la guida di un commissario giudiziale.

1.4 Condizione esimente della Responsabilità amministrativa



L'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 stabilisce che l'ente non risponda, nel caso di reati commessi da soggetti apicali, qualora dimostri che:

- a) l'organo dirigente abbia adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello nonché di curarne e proporre l'aggiornamento sia stato affidato ad un Organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo (c.d. "Organismo di Vigilanza, nel seguito anche "Organismo" o "OdV");
- c) le persone abbiano commesso il reato eludendo fraudolentemente il suddetto Modello;
- d) non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

L'art. 7 del Decreto stabilisce inoltre che l'ente sia responsabile se la commissione del reato da parte di soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza del Personale apicale è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza, fermo restando quanto stabilito dall'art. 6 sopra riportato.

In ogni caso, è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Il Decreto fornisce specifiche indicazioni in merito alle esigenze cui i Modelli devono rispondere:

- individuare le attività nel cui ambito esiste la possibilità che siano commessi reati;
- prevedere specifica documentazione interna quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, regolamenti, policy/politiche, procedure, Linee Guida, ecc., all'interno delle quali sono declinati i principi di controllo diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di tali reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'OdV;
- introdurre un sistema disciplinare interno idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

Articoli 28 - 33

Gli artt. 28 - 33 del Decreto disciplinano il regime della responsabilità dell'ente in caso di trasformazione, fusione, scissione e cessione dell'ente.



Condotte criminose avvenute solo in parte in Italia

Per le condotte criminose che siano avvenute anche solo in parte in Italia, si applica il principio di territorialità ex art. 6 del codice penale, in forza del quale "il reato si considera commesso nel territorio dello Stato, quando l'azione o l'omissione, che lo costituisce, è ivi avvenuta in tutto o in parte, ovvero si è ivi verificato l'evento che è la conseguenza dell'azione od omissione".

Il Decreto richiede inoltre che il Modello sia efficacemente attuato. In tal senso occorre:

- una verifica costante e l'eventuale modifica dello stesso quando siano emerse significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;
- la concreta applicazione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello stesso.

Il Decreto si limita a disciplinare alcuni principi generali in merito al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, senza fornirne però caratteristiche specifiche. Il Modello opera quale causa di non punibilità solo se:

- efficace, ovvero se ragionevolmente idoneo a prevenire il reato o i reati commessi;
- effettivamente attuato, ovvero se il suo contenuto, riflesso nelle procedure e nel sistema di controllo interno, trova concreta e corretta applicazione nella realtà aziendale.

Quanto all'efficacia del Modello, il Decreto prevede che esso abbia il seguente contenuto minimo:

- siano individuate le attività dell'ente nel cui ambito possono essere commessi reati;
- siano previsti specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente, in relazione ai reati da prevenire;
- siano individuate le modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati;
- sia introdotto un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello;
- siano previsti obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza;
- in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, siano previste misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

Il Decreto stabilisce che il Modello sia sottoposto a verifica periodica ed aggiornamento, sia nel caso in cui emergano significative violazioni delle prescrizioni, sia qualora avvengano significativi cambiamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'ente o muti la normativa di riferimento, in particolare quando siano introdotti nuovi reati presupposto.

1.5 Le vicende modificative dell'ente

Gli artt. 28 - 33 del Decreto disciplinano il regime della responsabilità dell'ente in caso di trasformazione, fusione, scissione e cessione dell'ente.

In caso di trasformazione dell'ente resta ferma la responsabilità per i reati commessi anteriormente alla data in cui la trasformazione ha avuto effetto. Il nuovo ente sarà quindi destinatario delle sanzioni applicabili all'ente originario, per fatti commessi anteriormente alla trasformazione.

In caso di fusione, l'ente risultante dalla fusione stessa, anche per incorporazione, risponde dei reati dei quali erano responsabili gli enti che hanno partecipato alla fusione. Se essa è avvenuta prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il giudice dovrà tenere conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dalla fusione.

Nel caso di scissione, resta ferma la responsabilità dell'ente scisso per i reati commessi anteriormente alla data in cui la scissione ha avuto effetto e gli enti beneficiari della scissione sono solidalmente obbligati al pagamento delle sanzioni pecuniarie inflitte all'ente scisso

nei limiti del valore del patrimonio netto trasferito ad ogni singolo ente, salvo che si tratti di ente al quale è stato trasferito anche in parte il ramo di attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato; le sanzioni interdittive si applicano all'ente (o agli enti) in cui sia rimasto o confluito il ramo d'attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato. Se la scissione è avvenuta prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il Giudice dovrà tenere conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dalla fusione.

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

1.6 I reati commessi all'estero

In forza dell'art. 4 del Decreto, l'ente può essere considerato responsabile, in Italia, per la commissione all'estero di taluni reati. In particolare, l'art. 4 del Decreto prevede che gli enti aventi la sede principale nel territorio dello Stato rispondano anche in relazione ai reati commessi all'estero nei casi e alle condizioni previsti dagli articoli da 7 a 10 del codice penale, purché nei loro confronti non proceda lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto. Pertanto, l'ente è perseguibile quando:

- abbia la sede principale in Italia, cioè la sede effettiva ove si svolgono le attività amministrative e di direzione, eventualmente anche diversa da quella in cui si trova l'ente o la sede legale (enti dotati di personalità giuridica), ovvero il luogo in cui viene svolta l'attività in modo continuativo (enti privi di personalità giuridica);
- nei confronti dell'ente non stia procedendo lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto;
- la richiesta del Ministro della giustizia, cui sia eventualmente subordinata la punibilità, è riferita anche all'ente medesimo.

Tali regole riguardano i reati commessi interamente all'estero da soggetti apicali o sottoposti. Per le condotte criminose che siano avvenute anche solo in parte in Italia, si applica il principio di territorialità ex art. 6 del Codice Penale, in forza del quale "il reato si considera commesso nel territorio dello Stato, quando l'azione o l'omissione, che lo costituisce, è ivi avvenuta in tutto o in parte, ovvero si è ivi verificato l'evento che è la conseguenza dell'azione od omissione".

2. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELLA FONDAZIONE

Il presente capitolo del Modello illustra la struttura della Fondazione, con particolare riferimento alla sua struttura organizzativa e al sistema di controllo interno, definisce la finalità, gli elementi costitutivi e i Destinatari del Modello, nonché contestualizza il Codice Etico nell'ambito del D.Lgs. 231/2001. Vengono inoltre illustrati l'approccio metodologico adottato per la definizione del Modello e i principi e presidi generali di controllo interno.

2.1 La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e il sistema di controllo interno

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS è una fondazione di partecipazione, con sede in Roma, costituita dall'Università Cattolica del Sacro Cuore e dall'Istituto G. Toniolo di Studi Superiori. La Fondazione è un ente privato senza scopo di lucro e persegue finalità di tutela e promozione della persona umana nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della formazione, della ricerca scientifica e dell'innovazione in campo biomedico e sanitario, sia clinico che traslazionale, rispettando i principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente ed in coerenza con la programmazione statale e regionale in materia.

La Fondazione ed ogni presidio clinico e di ricerca giuridicamente ad esso afferente, operando in stretto collegamento con l'Università Cattolica e, in particolare, con la Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli nell'ambito della formazione e della ricerca scientifica in campo biomedico e sanitario. Il collegamento con l'Università Cattolica è reso altresì esplicito nei segni distintivi della Fondazione e in tutte le strategie, attività e modalità di comunicazione da questa adottate.

I rapporti della Fondazione con le strutture dell'Università Cattolica, ed in particolare, con la Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i dipartimenti, istituti e centri di ricerca dell'Università, sono regolati sulla base di specifiche convenzioni che, tenendo conto dell'autonomia organizzativa della Fondazione stessa e delle esigenze didattiche e di ricerca scientifica perseguite, garantiscono la conservazione del peculiare carattere di Policlinico Universitario.

Nell'ambito della suddetta autonomia organizzativa e nel perseguimento dei degli scopi statutari, la Fondazione definisce la propria struttura organizzativa svolgendo l'attività nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e trasparenza, assicurando la sostenibilità e l'equilibrio economico della gestione.

Il sistema di corporate governance e l'organizzazione



La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS realizza i suoi fini istituzionali attraverso gli Organi della Fondazione e la propria struttura organizzativa.

Il **Consiglio di Amministrazione** ha competenza generale per ogni attività di amministrazione ordinaria e straordinaria della Fondazione ed esercita ogni altro potere previsto dallo Statuto. Può in qualsiasi momento avocare a sé il compimento di atti gestionali attribuiti dallo Statuto o dai regolamenti ad altri Organi della Fondazione.

Il Consiglio di Amministrazione può delegare proprie attribuzioni ad un Comitato Esecutivo, determinando il contenuto, i limiti e le eventuali modalità di esercizio della delega.

Il **Presidente** del Consiglio di Amministrazione è anche Presidente della Fondazione, ha la rappresentanza dell'Ente di fronte ai terzi e in giudizio e ha la facoltà di rilasciare



Internal Audit

La funzione di Internal Audit che risponde al Presidente della Fondazione ed è gerarchicamente autonoma rispetto a quelle operative, effettua le valutazioni sul sistema di controllo interno e gestione dei rischi e supporta il CdA nell'implementazione di adeguati principi di governo dell'ente.

Organigrammi

Per quanto concerne il dettaglio sulla struttura organizzativa della Fondazione, si rimanda agli organigrammi aziendali reperibili sul sito internet e sulla intranet aziendale.

procure generali o speciali, nonché di nominare e revocare avvocati e procuratori per rappresentare e difendere la Fondazione avanti a qualsiasi Autorità amministrativa o giurisdizionale.

Il **Direttore Generale** è nominato con delibera del Consiglio di Amministrazione, su proposta del Presidente, previa autorizzazione del Rettore dell'Università Cattolica e del Presidente dell'Istituto Toniolo e acquisito il parere del Comitato di consulenza clinica, didattica e scientifica. Il Direttore Generale è responsabile della gestione del Policlinico Agostino Gemelli IRCCS e delle strutture al medesimo afferenti, sovrintende alla organizzazione, al funzionamento dell'ente ospedaliero e di tutte le sue articolazioni e coordina tutte le attività operative e progettuali dell'ente in funzione della realizzazione dei piani stabiliti dal Consiglio di Amministrazione ed è titolare di tutti i poteri a ciò funzionali.

Il **Collegio dei Revisori dei Conti** vigila sull'osservanza della legge e dello Statuto, esercita funzioni di controllo contabile ed economico-finanziario ed esamina le proposte di bilancio preventivo e di bilancio di esercizio, redigendo apposite relazioni, salvo le predette attività inerenti gli aspetti contabili ed economico-finanziari non siano demandate a società esterne di revisione.

Il **Comitato Controllo e Rischi** ha il compito di supportare, con un'adeguata attività istruttoria, le valutazioni e le decisioni del Consiglio di Amministrazione relative al sistema di controllo interno e di gestione dei rischi.

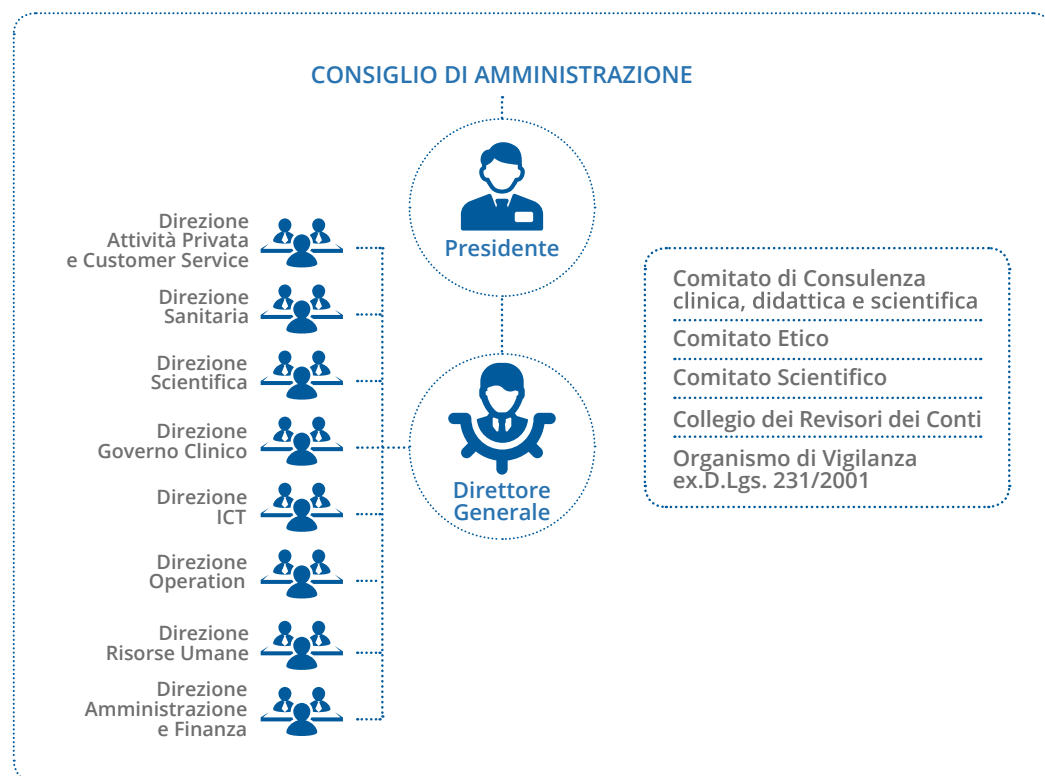
Il **Comitato di consulenza clinica, didattica e scientifica** svolge un'attività consultiva di supporto tecnico all'azione del Direttore Generale e alle scelte degli organi competenti in relazione agli aspetti organizzativi e gestionali, clinici, scientifici e di integrazione didattica in base alle previsioni dell'art. 15 dello Statuto. Contribuisce all'attuazione dei rapporti con l'Università Cattolica e all'integrazione delle attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il **Comitato Etico** è costituito come organismo indipendente. Esso ha il compito di valutare, nel rispetto dei principi della esistente normativa, nonché della dottrina e della morale cattolica, le condizioni di eticità dei programmi di sperimentazione clinica riguardanti farmaci o nuove metodiche diagnostico-terapeutiche sull'uomo, al fine della salvaguardia della sicurezza, dell'integrità, e dei diritti umani dei soggetti coinvolti nei programmi di sperimentazione medesimi. La Fondazione grazie all'attività del Comitato Etico, organismo multidisciplinare, composto da Personale sanitario e non, che opera nel campo della ricerca biomedica e dell'assistenza sanitaria, tutela la dignità della persona umana e i suoi diritti, la sicurezza e il benessere dei soggetti in sperimentazione fornendo pubblica garanzia di tale tutela.

Il **Comitato Scientifico** può essere nominato dal Consiglio di Amministrazione quale organo consultivo della Fondazione. Le competenze, la composizione e le modalità di funzionamento del Comitato Scientifico sono disciplinate dal Regolamento generale della Fondazione e dalla delibera di costituzione del Comitato stesso. Le competenze, la composizione e le modalità di funzionamento del Comitato Scientifico sono disciplinate dal Regolamento Generale della Fondazione e dalla delibera di costituzione del Comitato stesso.

La **Società di Revisione** viene nominata dal Consiglio di Amministrazione e, attraverso l'applicazione di procedure campionarie, verifica la veridicità e la correttezza delle poste del bilancio d'esercizio e di quello consolidato. Tipicamente, la revisione contabile è finalizzata al giudizio da parte dei revisori contabili, di detto bilancio d'esercizio o bilancio consolidato.

Le modalità operative di funzionamento degli organi sopra descritti sono esaustivamente dettagliate nei Regolamenti della Fondazione.



Obiettivi del sistema di controllo interno

Il sistema di controllo interno della Fondazione è orientato a garantire, con ragionevole certezza, il raggiungimento di obiettivi operativi, di informazione e di conformità e in particolare:

- l'obiettivo operativo riguarda l'efficacia e l'efficienza della Fondazione nell'impiegare le risorse. Tale sistema è volto, inoltre, ad assicurare che il personale operi per il perseguimento degli obiettivi aziendali, senza anteporre altri interessi a quelli della Fondazione;
- l'obiettivo di informazione si traduce nella predisposizione di rapporti affidabili per il processo decisionale sia interno che esterno all'organizzazione aziendale;
- l'obiettivo di conformità mira a far sì che tutte le operazioni ed azioni siano condotte nel rispetto delle leggi e dei regolamenti, dei requisiti prudenziali e della documentazione procedurale interne.

Il sistema di controllo interno

Nella predisposizione del Modello, la Fondazione ha tenuto conto del proprio sistema di controllo interno al fine di verificarne la capacità nel prevenire le fattispecie di reato previste dal Decreto relativamente alle aree-processi identificate a rischio, nonché dei principi etico-sociali cui l'Ente si attiene nello svolgimento delle proprie attività.



Secondo quanto previsto dalle best practices di riferimento, la Fondazione distingue tre livelli di articolazione del presidio sul sistema di controllo interno:

Controlli di primo livello, o controlli di linea, diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle operazioni aziendali. I suddetti controlli, insiti nei processi operativi, richiedono competenze specifiche del business, dei rischi e/o delle normative pertinenti e si realizzano attraverso verifiche condotte sia da chi mette in atto una determinata attività, sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione. Ci si riferisce, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a controlli procedurali, informatici, amministrativo-contabili nonché ai c.d. audit di primo livello (ovvero svolti dalle stesse strutture che gestiscono le attività).

Controlli di secondo livello, o controlli sulla gestione dei rischi, inerenti la gestione dei rischi nel senso più ampio del termine. Tali controlli presidiano il processo di individuazione, valutazione, gestione e controllo dei rischi legati all'operatività, garantendone la coerenza rispetto agli obiettivi aziendali e prevedendo l'applicazione di criteri di segregazione che consentano un efficace monitoraggio. Alcune tipiche funzioni/ Direzioni aziendali che curano tali attività sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle coinvolte nelle attività di: risk management, controllo di gestione, qualità e

Internal Audit e Organismo di Vigilanza

La funzione Internal Audit supporta l'Organismo di Vigilanza nello svolgimento delle verifiche periodiche necessarie ad assicurare il corretto funzionamento e l'osservanza del Modello. Nell'esplicare questo ruolo, l'Internal Audit si rende promotore di aggiornamenti del sistema normativo interno e dell'implementazione di ulteriori controlli da svolgere nell'ambito delle attività a rischio-reato. Entrambi questi aspetti sono necessari ai fini dello sviluppo di un solido sistema di controllo interno, finalizzato anche alla mitigazione del rischio di commissione di reati ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

Ruolo dei Destinatari nel SCI

Tutti i Destinatari, nell'ambito delle funzioni svolte, sono responsabili della definizione e del corretto funzionamento del sistema di controllo attraverso i controlli di linea, costituiti dall'insieme delle attività di controllo che i singoli uffici svolgono sui loro processi.

Più in generale, ogni Persona che fa parte della Fondazione è parte integrante del sistema di controllo interno ed ha il dovere di contribuire al suo corretto funzionamento, nonché di segnalare al proprio responsabile le eventuali carenze riscontrate nel sistema dei controlli.

accreditamento, supervisione dell'attività di codifica delle cartelle cliniche ed invio dei relativi flussi informativi alla Pubblica Amministrazione, gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Controlli di terzo livello, o controlli svolti dalla funzione di Internal Audit, sono finalizzati alla valutazione e verifica periodica della completezza, della funzionalità e dell'adeguatezza del sistema di controllo interno. La funzione Internal Audit, attraverso lo svolgimento dei compiti ad essa attribuiti, fornisce l'assurance complessiva sul disegno e sul funzionamento del suddetto sistema di controllo interno attraverso valutazioni indipendenti.

Il sistema di controllo interno della Fondazione è orientato a garantire, con ragionevole certezza, il raggiungimento di obiettivi operativi, di informazione e di conformità e in particolare:

- l'obiettivo operativo riguarda l'efficacia e l'efficienza della Fondazione nell'impiegare le risorse. Tale sistema è volto, inoltre, ad assicurare che il personale operi per il perseguimento degli obiettivi aziendali, senza anteporre altri interessi a quelli della Fondazione;
- l'obiettivo di informazione si traduce nella predisposizione di rapporti affidabili per il processo decisionale sia interno che esterno all'organizzazione aziendale;
- l'obiettivo di conformità mira a far sì che tutte le operazioni ed azioni siano condotte nel rispetto delle leggi e dei regolamenti, dei requisiti prudenziali e della documentazione procedurale interne.

Il sistema di controllo interno della Fondazione si basa sui seguenti elementi:

- integrità e valori che ispirano l'agire quotidiano dell'intero Ente, esprimendo altresì lo stile del CdA e del Management aziendale;
- sistema organizzativo formalizzato e chiaro nell'attribuzione dei poteri e delle responsabilità (incluso il concetto di accountability), in coerenza con il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- attenzione al sistema delle competenze del personale, alla luce degli obiettivi perseguiti;
- identificazione, valutazione e gestione dei rischi che potrebbero compromettere il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- definizione di procedure aziendali, parte del complessivo sistema normativo della Fondazione, che esplicitano i controlli posti a presidio dei rischi e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, redatte in base a quanto predisposto all'interno del sistema di gestione procedurale, ovvero il documento aziendale in cui sono definite le modalità di gestione delle politiche e delle procedure della Fondazione;
- sistemi informativi idonei a supportare i processi aziendali e il complessivo sistema di controllo interno (informatici, di reporting, ecc.);
- processi di comunicazione interna e formazione del personale;
- sistemi di monitoraggio a integrazione dei controlli di linea.
- processo di budgeting ed implementazione di un sistema di controllo di gestione.



Con maggiore specificità rispetto al Decreto, la corretta esecuzione dei controlli individuati nel Modello - a presidio di ciascuna Area a rischio-reato - è stata demandata ai Direttori e ad alcune ulteriori funzioni competenti. A tal proposito si rinvia a quanto riportato nella Matrice aree a rischio-reato (Allegato 2).

In ogni caso, fermo restando quanto sopra definito per i Destinatari circa l'applicazione del Modello, vale un principio generale di corresponsabilità nell'esecuzione e monitoraggio dei controlli implementati nell'ambito dei processi sensibili. Ciò si traduce nell'estensione della responsabilità sull'esecuzione dei controlli fino ai Responsabili di UO Semplice (UOS); essi, ciascuno per gli atti di propria competenza, sono responsabili di vigilare sulla corretta esecuzione dei controlli nell'ambito dello svolgimento delle attività cui sono preposti.

Con riferimento specifico all'area clinico-assistenziale, il Personale è responsabile della corretta applicazione dei principi comportamentali e di controllo riferiti ai propri atti.

Inoltre, con riferimento agli specializzandi, i tutor - in conformità con quanto definito da norme interne ed esterne - assumono un ruolo di supervisione e garanzia sull'aderenza dei comportamenti rispetto a quanto previsto dal Modello.

2.2 Finalità ed elementi costitutivi del Modello

La Fondazione è sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività aziendali a tutela della propria posizione, dell'immagine, delle aspettative dei propri stakeholder - in particolare dei Pazienti - e del lavoro dei propri Dipendenti. A tal fine l'Ente provvede all'aggiornamento del sistema di controllo interno idoneo a prevenire la commissione di comportamenti illeciti da parte dei propri Amministratori e Dipendenti.



Attraverso l'adozione del Modello, la Fondazione intende perseguire i seguenti obiettivi:

- vietare comportamenti che possano integrare le fattispecie di reato previste dal Decreto;
- diffondere la consapevolezza che dalla commissione dei c.d. reati presupposto e/o dalla violazione delle prescrizioni contenute nel Modello o dei principi del Codice Etico, possa derivare l'applicazione di misure sanzionatorie (di natura pecuniaria e interdittiva) anche a carico della Fondazione;
- diffondere una cultura improntata alla legalità, nella consapevolezza dell'espressa riprovazione da parte della Fondazione di ogni comportamento contrario alla legge, ai regolamenti, alle disposizioni interne e, in particolare, alle disposizioni contenute nel presente Modello e nel Codice Etico;
- dare evidenza dell'esistenza di una struttura organizzativa efficace e coerente con il modello gestionale adottato, con particolare riguardo alla chiara attribuzione dei poteri, alla formazione delle decisioni e alla loro trasparenza e motivazione, ai controlli, preventivi e successivi, sugli atti e le attività, nonché alla correttezza e veridicità dell'informativa interna ed esterna;
- consentire alla Fondazione, grazie ad un sistema di presidi di controllo e ad una costante azione di monitoraggio sulla corretta attuazione di tale sistema, di prevenire e/o contrastare tempestivamente la commissione dei reati rilevanti ai sensi del Decreto.

Il presente Modello ha dunque lo scopo di costruire una componente del sistema di controllo complessivo, idonea a prevenire la commissione dei reati previsti dal Decreto.

Linee guida per la costruzione dei Modelli

L'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 dispone espressamente che i Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo possano essere adottati sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti. Nella predisposizione del presente documento la Fondazione ha opportunamente tenuto presente, oltre le prescrizioni del Decreto, le Linee Guida predisposte da Confindustria¹ (di seguito "Linee Guida").

Con riferimento alle esigenze individuate nel Decreto, gli elementi fondamentali sviluppati dalla Fondazione nella definizione e nell'aggiornamento del Modello, possono essere così riassunti:

- mappatura delle aree di attività a rischio-reato e delle attività sensibili, con esempi di possibili modalità di realizzazione dei reati e delle aree a rischio potenzialmente associabili alla commissione dei reati richiamati dal Decreto, da sottoporre, pertanto, ad analisi e monitoraggio periodico. Si precisa che le aree di attività a rischio sono considerate anche quelle che, oltre ad avere un rilievo diretto come attività che potrebbero integrare condotte di reato, possono anche avere un rilievo indiretto per la commissione dei reati, risultando strumentali alla commissione degli stessi. In particolare, si intendono strumentali quelle attività nelle quali possono realizzarsi le condizioni di fatto che rendono possibile l'eventuale commissione di reati nell'ambito delle aree direttamente preposte al compimento delle attività specificamente richiamate dalla fattispecie di reato;
- svolgimento, nell'ambito della fase di gap analysis, di un'attività di rilevazione delle aree che necessitano interventi di integrazione e/o miglioramento nel sistema dei controlli e conseguente definizione delle azioni correttive da intraprendere. La Gap Analysis pur essendo strumentale all'effettiva applicazione del Modello non è parte integrante dello stesso;
- previsione di specifici presidi di controllo relativi alle aree a rischio strumentali/funzionali alla potenziale commissione dei reati previsti dal Decreto, diretti a regolamentare espressamente la formazione e l'attuazione delle decisioni della Fondazione, al fine di fornire indicazioni specifiche sul sistema di controlli preventivi in relazione alle singole fattispecie di illecito da prevenire;
- nomina di un Organismo di Vigilanza al quale sono attribuiti specifici compiti di vigilanza sull'efficace attuazione ed effettiva applicazione del Modello ai sensi dell'art. 6, punto b), del Decreto;
- attuazione di un sistema sanzionatorio idoneo a garantire l'effettività del Modello, contenente le disposizioni disciplinari applicabili in caso di mancato rispetto delle misure indicate nel Modello medesimo;
- svolgimento di un'attività di informazione, sensibilizzazione, divulgazione e formazione sui contenuti del Modello, nonché sulle regole comportamentali valide a tutti i livelli aziendali;
- modalità per l'adozione e l'effettiva applicazione del Modello nonché per le necessarie modifiche o integrazioni dello stesso (cfr. par. 6, Sezione Quarta "Aggiornamento del Modello").

La prima versione del Modello è stata adottata dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione il 21/07/2015.

Successivamente si è provveduto ad effettuare un'importante attività di aggiornamento al fine di:

- integrare i contenuti del Modello a seguito dei vari interventi legislativi che hanno introdotto nuove categorie di reato-presupposto;
- riflettere in modo adeguato l'evoluzione del settore e degli assetti organizzativi della Fondazione;
- accogliere gli orientamenti della giurisprudenza che si sono formati nel tempo in materia di responsabilità da reato degli enti;

¹ Linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 - Confindustria (aggiornate a marzo 2014).

- recepire l'evoluzione delle best practices e delle Linee Guida di riferimento².

La Fondazione ottempera inoltre, con l'adozione del proprio Modello e del Codice Etico, ai dettami della normativa regionale – applicabile agli enti in regime di accreditamento - in materia di adempimenti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e di codici comportamentali.

2.3 Destinatari

Si considerano soggetti Destinatari delle prescrizioni del Modello, ai sensi del Decreto e nell'ambito delle rispettive competenze, i componenti degli Organi sociali, i Dipendenti e i Collaboratori della Fondazione, il Personale in distacco presso la Fondazione, il Personale che opera presso la Fondazione in base alla convenzione (i.e. medici in specializzazione). Sono altresì inclusi tra i Destinatari i Fornitori e Consulenti (tra cui coloro che operano in nome e per conto della Fondazione nella gestione dei rapporti con funzionari della Pubblica Amministrazione, Autorità Giudiziarie, ecc. ovvero nelle attività definite "a rischio"), e altri eventuali partner e controparti contrattuali sono tenuti al rispetto dei principi etici adottati dalla Fondazione attraverso la documentata presa visione ed accettazione del Codice Etico e/o tramite la sottoscrizione di apposite clausole contrattuali.

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

2.4 Codice Etico e Modello

La Fondazione, determinata a improntare lo svolgimento delle attività aziendali al rispetto della legalità e dei valori fondanti, ha adottato il Codice Etico, il quale sancisce una serie di regole di "deontologia aziendale" che la Fondazione riconosce come proprie e delle quali esige l'osservanza da parte dei Destinatari, siano essi interni o esterni.

Il Modello, le cui previsioni sono in ogni caso coerenti e conformi ai principi del Codice Etico, risponde più specificamente alle esigenze espresse dal Decreto ed è, pertanto, finalizzato a prevenire la commissione delle fattispecie di reato ricomprese nell'ambito di operatività del D.Lgs. 231/2001.

Il Codice Etico della Fondazione afferma comunque principi idonei anche a prevenire i comportamenti illeciti di cui al D.Lgs. 231/2001, acquisendo pertanto rilevanza anche ai fini del Modello e costituendone parte integrante dello stesso.

Pertanto, qualsiasi deviazione da parte dei Destinatari del Modello, e dalle prescrizioni del Codice Etico, potranno essere oggetto di provvedimenti disciplinari e/o del ricorso alle clausole contrattuali di tutela dell'ente.

2.5 Aspetti metodologici del processo di predisposizione e aggiornamento del Modello

L'art. 6, comma 2, lett. a) del Decreto prevede espressamente che il Modello dell'ente individui le attività aziendali nel cui ambito possano essere potenzialmente commessi i reati di cui al medesimo Decreto. In tal senso, la Fondazione garantisce l'aggiornamento e la costante attuazione del Modello anche traendo spunto dalla metodologia indicata dalle Linee Guida di Confindustria e dalle best practices in materia.

² In particolare, le Linee Guida predisposte da Confindustria già citate nella nota precedente del presente documento e le Linee Guida di categoria elaborate da altre associazioni ed enti, tra i quali l'Ordine Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, che nell'ottobre 2012 ha emesso il documento "Il Modello 231/2001 Per Gli Enti Non Profit: Una Soluzione Per La Gestione Dei Rischi".



Gap Analysis

In particolare, le fasi di risk assessment e gap analysis sono focalizzate alla rilevazione e all'analisi dei presidi organizzativi e di controllo posti in essere dalla Fondazione nelle aree a rischio individuate, con la finalità di valutare la loro capacità di prevenire ovvero individuare situazioni di rischio e, in presenza di punti di debolezza, di proporre le necessarie azioni di miglioramento.

In base alle indicazioni e alle risultanze della complessiva attività di analisi sopra delineata, le singole Funzioni/Direzioni procedono - previa valutazione dettagliata dei rischi 231 individuati all'aggiornamento degli strumenti normativi relativi alle attività a rischio, in coerenza con il sistema normativo della Fondazione, potendosi avvalere anche del supporto della funzione di Internal Audit.

Le risultanze della gap analysis, una volta condivise con i responsabili, sono portate anche all'attenzione dell'Organismo di Vigilanza.

La Direzione Generale predispone, con il supporto dell'Internal Audit e qualora ritenuto opportuno del GLM, i piani di lavoro per l'implementazione delle azioni che portano alla risoluzione dei gap.

L'Internal Audit esegue il monitoraggio degli avanzamenti dei piani di lavoro, riferendone anche all'OdV.

È compito dell'OdV valutare periodicamente la necessità di un aggiornamento del Modello.

Il Gruppo di Lavoro sul Modello (GLM), come più diffusamente disciplinato nel paragrafo 6, supporta l'Ente nell'attuazione e nell'aggiornamento del Modello, inclusa anche la valutazione ed il periodico riesame della mappatura dei rischi.

Le attività di analisi finalizzate alla predisposizione e all'aggiornamento del Modello considerano in primo luogo l'esame della struttura organizzativa della Fondazione.

Successivamente, l'analisi prende in considerazione le attività istituzionali sulla base di informazioni raccolte dai referenti interni (Responsabili delle Direzioni/Funzioni organizzative) che, in ragione del ruolo ricoperto, risultano provvisti della più ampia, profonda e aggiornata conoscenza dell'operatività del settore di relativa competenza. In particolare, l'individuazione delle aree/attività a rischio nell'ambito dei processi della Fondazione si basa sulla preliminare analisi:

- degli organigrammi;
- delle deliberazioni e relazioni degli Organi amministrativi e di controllo in relazione all'assetto di corporate governance attuale;
- dell'impianto normativo aziendale (p.e. procedure e istruzioni operative);
- del sistema dei poteri e delle deleghe;
- del sistema di controllo interno;
- delle indicazioni contenute nelle Linee Guida di settore e dalle best practices.

Il sistema di controlli preventivi esistenti nell'ambito delle attività a rischio individuate, viene analizzato anche al fine di valutarne l'idoneità in un'ottica di prevenzione dei rischi-reato e a far emergere le aree di integrazione e/o miglioramento nel sistema dei controlli, definendo contestualmente le azioni da intraprendere, le tempistiche e gli owner delle singole azioni correttive, attraverso la fase di gap analysis.

I risultati delle fasi di cui sopra costituiscono la base per le attività di aggiornamento del documento descrittivo del Modello, secondo quanto previsto al paragrafo 6 "Aggiornamento del Modello" del presente documento, cui si rimanda.



A seguito delle più recenti analisi condotte sono stati individuati come rilevanti tutte le categorie di reato presupposto di cui alla Sezione Prima, paragrafo 1.2 "I reati previsti dal Decreto", ad eccezione dei reati di market abuse (art. 25-sexies del Decreto) e dei reati di frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati (art. 25-quaterdecies del Decreto).

Ogni qualvolta venga ravvisata la necessità di aggiornamento del Modello viene attuato il processo indicato nell'apposito paragrafo del presente documento ("Aggiornamento del Modello").

2.6 Principi e presidi generali di controllo interno

Per tutte le attività a rischio, valgono i seguenti principi generali:

- esplicita formalizzazione delle norme comportamentali;
- chiara, formale e conoscibile descrizione ed individuazione delle attività, dei compiti e dei poteri attribuiti a ciascuna funzione/Direzione e alle diverse qualifiche e ruoli professionali;



Obblighi per i Fornitori

I Fornitori di beni, servizi ed opere, in particolare quelli che svolgono attività in outsourcing, assumono l'obbligo, mediante la sottoscrizione delle condizioni generali di contratto e degli ulteriori e specifici contratti stipulati con la Fondazione, a consentire l'esecuzione di ispezioni sull'attività prestata da parte della Fondazione e/o di fornire informative e reportistica qualora richiesto o previsto dagli accordi tra le parti. L'inadempimento dei Fornitori a tali condizioni può dar luogo alla risoluzione del contratto in essere.

- precisa descrizione delle attività di controllo e loro tracciabilità;
- adeguata segregazione di ruoli operativi e ruoli di controllo;
- sistemi informativi integrati e orientati, oltre alla segregazione delle funzioni, anche alla protezione delle informazioni in essi contenute, con riferimento sia ai sistemi gestionali e contabili che ai sistemi utilizzati a supporto delle attività operative connesse al business;
- formazione e attuazione delle decisioni della Fondazione rispondenti ai principi e alla prescrizioni contenute nelle disposizioni di legge, nello Statuto, nel Codice Etico e in ulteriore normativa interna.

PRINCIPI E PRESIDI GENERALI DI CONTROLLO INTERNO

La Fondazione, sulla base dei Principi generali di controllo comunemente riconosciuti relativamente ai Modelli 231, ha identificato - più nel dettaglio - i seguenti presidi organizzativo-gestionali di carattere generale sotto elencati (anche definiti presidi generali di controllo).

1. NORME COMPORTAMENTALI

- a. Definizione di un Codice Etico contenente regole comportamentali di carattere generale a presidio delle attività svolte, nonché di più specifiche indicazioni comportamentali nell'ambito delle diverse Parti Speciali del Modello.

2. DEFINIZIONI DI RUOLI E RESPONSABILITÀ

- a. La regolamentazione interna come, a titolo esemplificativo e non esaustivo, job description, mansionari, funzionigrammi, ecc., provvede a declinare i ruoli e responsabilità delle strutture organizzative a tutti i livelli, descrivendo in maniera omogenea, ovvero in coerenza con quanto previsto da tutta la suddetta documentazione interna, le attività proprie di ciascuna struttura, nonché i livelli di dipendenza gerarchica e funzionale.
- b. Tale regolamentazione viene resa disponibile e conosciuta all'interno dell'organizzazione.
- c. Le profilazioni degli accessi ai Sistemi Informativi sono coerenti con i ruoli e le responsabilità definite dall'organizzazione.

3. PROTOCOLLI E NORME INTERNE

- a. Le attività sensibili sono regolamentate, in modo coerente e congruo, attraverso gli strumenti normativi aziendali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: regolamenti, policy/politiche, procedure, istruzioni operative, linee guida/raccomandazioni. In ogni momento deve quindi essere possibile identificare le modalità operative di svolgimento delle attività e dei relativi controlli, nonché le responsabilità di chi ha operato.
- b. Sono individuati i Responsabili per ciascuna attività sensibile, incaricati di monitorarne lo svolgimento e di garantirne l'esecuzione in conformità a quanto previsto dagli strumenti normativi aziendali. Ciascun Responsabile è tipicamente coincidente con il Responsabile della struttura organizzativa competente per la gestione dell'attività stessa o comunque il Responsabile della struttura che, in virtù delle funzioni svolte, sia considerato il più idoneo a esercitare l'azione di monitoraggio e controllo circa l'effettiva adozione di norme, relativamente all'area di competenza.

4. SEGREGAZIONE DEI COMPITI

- a. All'interno di ogni processo aziendale sensibile viene garantito un appropriato livello di segregazione dei compiti, separando le funzioni e/o i soggetti incaricati della decisione e della sua attuazione rispetto a chi la esegue e chi la controlla. La segregazione, in funzione dei singoli casi, può essere rafforzata mediante altri presidi di controllo, anche di tipo compensativo, quali in primo luogo la reportistica atta a monitorare il corretto svolgimento delle attività anche in presenza di eventuali sovrapposizioni tra i soggetti responsabili, quelli incaricati dell'esecuzione e coloro che devono esercitare in ultima istanza l'azione di controllo (si veda anche punto "6.b" del presente elenco).
- b. Viene assicurato che non vi sia identità soggettiva tra coloro che assumono o attuano le decisioni, coloro che elaborano evidenza documentale delle operazioni decise e coloro che sono tenuti a svolgere sulle stesse i controlli previsti dalla legge e dalle procedure contemplate dal sistema di controllo interno.
- c. Gli accessi ai Sistemi Informativi sono attribuiti in modo da garantire un'adeguata segregazione dei compiti.

5. POTERI AUTORIZZATIVI E DI FIRMA

- a. È definito e formalizzato un sistema di deleghe all'interno del quale viene garantita una chiara identificazione ed una specifica assegnazione di poteri e limiti ai soggetti che operano impegnando l'impresa e manifestando la sua volontà.
- b. I poteri organizzativi e di firma (deleghe, procure e connessi limiti di spesa) sono definiti coerentemente alle responsabilità organizzative assegnate.
- c. Le procure sono definite coerentemente al sistema interno delle deleghe.
- d. Sono previsti meccanismi di pubblicità delle procure assegnate, al fine di garantire agli interlocutori esterni che i soggetti con i quali si interfacciano siano formalmente investiti del potere di rappresentare e di impegnare la Fondazione verso terzi.
- e. Sono previste modalità di revoca delle procure e delle deleghe assegnate.
- f. Il processo di attribuzione delle deleghe identifica, tra l'altro:

- la posizione organizzativa che il delegato ricopre in ragione dello specifico ambito di operatività della delega;
- l'accettazione espressa da parte del delegato o del subdelegato delle funzioni delegate e conseguente assunzione degli obblighi conferiti;
- i limiti di spesa attribuiti al delegato.

- g. Le deleghe sono attribuite secondo i principi di:

- autonomia decisionale e finanziaria del delegato;
- idoneità tecnico-professionale del delegato;
- disponibilità autonoma di risorse adeguate al compito e continuità delle prestazioni.

Inoltre:

- a nessun Amministratore, Direttore o Responsabile di Funzione sono attribuiti poteri illimitati; in alternativa sono previsti controlli compensativi ed obblighi di reporting;
- a nessun Direttore/Responsabile di Funzione, in ossequio al principio della segregazione di funzioni e di poteri, possono essere attribuiti poteri tali da gestire uno o più processi in totale autonomia;
- i soggetti incaricati di intrattenere, in virtù delle funzioni rivestite ed in via ordinaria, i rapporti con la Pubblica Amministrazione sono formalmente individuati.

6. ATTIVITÀ DI CONTROLLO

- a. Nell'ambito degli strumenti normativi della Fondazione sono formalizzati i controlli operativi e le loro caratteristiche (responsabilità, evidenza, periodicità).
- b. I Responsabili di cui al precedente punto 3 b) devono produrre e mantenere adeguati report di monitoraggio che contengano evidenza dei controlli effettuati e di eventuali anomalie.
- c. I suddetti Responsabili possono chiedere informazioni a tutte le funzioni o ai singoli soggetti che si occupano o si sono occupati delle attività sensibili.
- d. I controlli, ove possibile, devono essere eseguiti in maniera automatizzata.
- e. Sono attuati i controlli di I, II e III livello descritti alla Sezione Seconda del presente Modello.

7. ATTIVITÀ DI TRACCIABILITÀ E ARCHIVIAZIONE

- a. La documentazione afferente alle attività sensibili, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la documentazione predisposta a fini fiscali o nell'ambito di attività legate all'amministrazione del Personale, deve essere archiviata in luogo idoneo alla conservazione, al fine di tutelare la riservatezza dei dati in essi contenuti e di evitare danni, deterioramenti o smarrimenti assicurando, inoltre, piena conformità con il GDPR.
- b. Deve essere prevista, laddove possibile, l'adozione di sistemi informatici che garantiscano la corretta e veritiera imputazione di ogni operazione, o di un suo segmento, al soggetto che ne è responsabile e ai soggetti che vi partecipano. Il sistema deve prevedere l'impossibilità di modifica non tracciata delle registrazioni.
- c. I documenti riguardanti l'attività della Fondazione, ed in particolare i documenti o la documentazione informatica riguardanti attività sensibili, sono archiviati e conservati a cura della funzione competente con modalità tali da non permetterne la modificazione successiva, se non con apposita evidenza e garantendo idonei livelli di sicurezza delle informazioni, coerentemente alle politiche aziendali in materia.
- d. La documentazione afferente alle attività sensibili, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la documentazione predisposta a fini fiscali o nell'ambito di attività legate all'amministrazione del Personale, viene adeguatamente formalizzata e viene riportata la data di compilazione, di presa visione del documento e la firma riconoscibile del compilatore/supervisore.
- e. Devono essere ricostruibili la formazione degli atti e i relativi livelli autorizzativi, lo sviluppo delle operazioni, materiali e di registrazione, con evidenza della loro motivazione e della loro causale, a garanzia della trasparenza delle scelte effettuate.
- f. L'accesso ai documenti già archiviati deve essere sempre motivato e consentito solo alle persone autorizzate in base alle norme interne o ad un loro delegato, alla funzione Internal Audit, al Collegio dei Revisori od organo equivalente o ad altri Organi di controllo interno, alla Società di revisione e all'Organismo di Vigilanza.

Organismo di Vigilanza ai sensi del Decreto

L'art. 6, comma 1, del Decreto prevede che la funzione di vigilare e di curare l'aggiornamento del Modello sia affidata ad un Organismo di Vigilanza interno all'ente che, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, eserciti in via continuativa i compiti ad esso rimessi.

3. ORGANISMO DI VIGILANZA

Il presente capitolo del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo illustra i criteri per l'identificazione dell'Organismo di Vigilanza, le cause di ineleggibilità, decadenza e revoca dei membri dell'Organismo, i poteri e le funzioni, il reporting dell'Organismo di Vigilanza nei confronti degli Organi della Fondazione e i Flussi Informativi nei confronti dell'Organismo stesso.

3.1 Identificazione dell'Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza è nominato dal Consiglio di Amministrazione, che provvede alla sua nomina su proposta del Presidente della Fondazione. I Componenti dell'Organismo di Vigilanza sono scelti tra soggetti qualificati, provvisti dei requisiti di:

- autonomia e indipendenza: detto requisito è assicurato dalla composizione plurisoggettiva dell'Organismo di Vigilanza, dalla presenza di membri esterni e in particolare del suo Presidente, e dalla facoltà di reporting al CdA, dalla sua collocazione organizzativa, dall'assenza di compiti operativi ad esso affidati;
- professionalità: requisito garantito dal bagaglio di conoscenze professionali, tecniche e pratiche di cui dispongono i componenti dell'Organismo;
- continuità d'azione: con riferimento a tale requisito, l'Organismo è tenuto a vigilare costantemente, attraverso poteri di indagine, sul rispetto del Modello, a curarne l'attuazione e l'aggiornamento, rappresentando un riferimento costante per tutto il personale della Fondazione.



I componenti dell'OdV devono esibire un profilo professionale e personale che garantisca autonomia di giudizio, onorabilità, autorevolezza, eticità della condotta. L'OdV deve possedere specifiche competenze professionali:

- conoscenza dei principali processi tipici del settore;
- conoscenze giuridiche tali da consentire l'identificazione dei rischi rilevanti ai sensi del Decreto e l'attività di mappatura delle aree a rischio di reato;
- capacità di individuazione e valutazione degli impatti che il contesto normativo di riferimento è suscettibile di produrre nella realtà della Fondazione;
- conoscenza delle tecniche specialistiche proprie di chi svolge attività di internal auditing e "ispettiva";
- competenze in materia di analisi dei processi aziendali e gestione dei rischi;
- competenze in ambito economico-contabile;
- competenze giuridiche e penalistiche.

Il CdA deve verificare in sede di nomina l'esistenza dei profili di onorabilità e professionalità di ciascun membro dell'Organismo.

L'attività di selezione dei componenti deve consentire all'Organismo di Vigilanza della Fondazione di possedere le diverse competenze necessarie allo svolgimento delle mansioni attribuite all'Organismo. In particolare, l'OdV deve disporre di proprie competenze in campo penalistico, oppure deve disporre mediante consulenti esterni selezionati in accordo con la Presidenza della Fondazione.

In caso di nomina di Componenti esterni, gli stessi non devono avere rapporti economici con la Fondazione che possano configurare ipotesi conflitto di interesse ai sensi del Regolamento dell'Ente.

Eventuali componenti dell'OdV interni alla Fondazione non possono, in prima istanza, essere coinvolti nelle principali Aree a rischio-reato/attività sensibili individuate (più in generale non possono avere incarichi operativi nella Fondazione e nelle controllate/collegate e controllanti).

In ossequio alle prescrizioni del Decreto e agli orientamenti della giurisprudenza, il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto di istituire, con delibera del 31/07/2015, un Organismo di Vigilanza di natura collegiale.



L'Organismo di Vigilanza è composto da un numero variabile da 3 a 5 membri, di cui la maggioranza esterni alla Fondazione; tra i membri esterni, è nominato uno tra i componenti del Collegio dei Revisori mentre Il Presidente dell'OdV è scelto tra i soggetti esterni, escludendo il membro rappresentante il Collegio dei Revisori.

In aggiunta ai casi di decadenza e revoca di cui al paragrafo 3.2, i componenti dell'Organismo restano in carica per tre anni fatto salvo il caso in cui si manifestino le seguenti casistiche: i) per i membri interni, la cessazione del rapporto di lavoro subordinato o di collaborazione con l'Ente e ii) per il membro esterno rappresentante il Collegio dei Revisori, la cessazione dalla carica di membro del collegio stesso; in tali casi, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, dovrà provvedere a nominare i sostituti dei membri uscenti. I membri eventualmente reintegrati permangono nella carica fino alla naturale scadenza dell'ODV.

In ogni caso, alla scadenza del mandato, il componente dell'OdV, rimane in carica sino alla nomina del nuovo Organismo di Vigilanza da parte del Consiglio di Amministrazione. Sono comunque fatti salvi i casi di dimissioni di un membro dell'OdV che hanno efficacia immediata.

Ogni membro dell'Organismo di Vigilanza deve essere selezionato esclusivamente in base a requisiti di:

- **autonomia e indipendenza:** l'autonomia e l'indipendenza dell'Organismo di Vigilanza, così come dei suoi membri, costituiscono elementi chiave per l'efficacia dell'attività di controllo.

I concetti di autonomia ed indipendenza non hanno una definizione valida in senso assoluto, ma devono essere declinati ed inquadrati nel complesso operativo in cui sono da applicare. Dal momento che l'Organismo di Vigilanza ha compiti di verifica del rispetto, nella operatività aziendale, dei presidi di controllo, la posizione dello stesso nell'ambito dell'ente deve garantire la sua autonomia da ogni forma d'interferenza e di condizionamento da parte di qualunque componente dell'ente ed in particolare dei vertici operativi, soprattutto considerando che la funzione esercitata si esprime anche, nella vigilanza in merito all'attività degli organi apicali. Pertanto, l'Organismo di Vigilanza è inserito nella struttura organizzativa della Fondazione in una posizione gerarchica la più elevata possibile e risponde, nello svolgimento di questa sua funzione, soltanto al Consiglio di Amministrazione.

Inoltre, per garantire maggiormente l'autonomia dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione mette a disposizione dello stesso risorse aziendali, di numero e competenze proporzionati ai compiti affidatigli, e approva nel contesto di formazione del budget aziendale una dotazione adeguata di risorse finanziarie, proposta dall'OdV, della quale quest'ultimo può disporre per ogni esigenza necessaria al corretto svolgimento dei compiti (ad es. consulenze specialistiche, trasferte, ecc.).

L'autonomia e l'indipendenza del singolo membro dell'Organismo di Vigilanza vanno determinate in base alla funzione svolta ed ai compiti allo stesso attribuiti, individuando da chi e da che cosa questi deve essere autonomo ed indipendente per poter svolgere tali compiti. Conseguentemente, ciascun membro non deve rivestire ruoli decisionali, operativi e gestionali tali da compromettere l'autonomia e l'indipendenza dell'intero OdV. In ogni caso, i requisiti di autonomia e indipendenza presuppongono che i membri non si trovino in una posizione, neppure potenziale, di conflitto d'interessi personale con la Fondazione.

Inoltre, i membri dell'Organismo di Vigilanza non devono:

- ricoprire all'interno di FPG o di altro ente controllato o collegato, anche di fatto, incarichi di tipo operativo;
 - essere coniuge, parente o affine entro il quarto grado degli amministratori di FPG o di altro ente da questa controllato o collegato, anche di fatto;
 - trovarsi in qualsiasi altra situazione di palese o potenziale situazione di conflitto di interessi.
- **professionalità:** l'Organismo di Vigilanza deve possedere, al suo interno, competenze tecnico-professionali adeguate alle funzioni che è chiamato a svolgere. Pertanto è necessario che in seno all'OdV siano presenti soggetti con professionalità adeguate in materia economica, legale e di analisi, controllo e gestione dei rischi aziendali. In particolare, l'Organismo di Vigilanza deve possedere le capacità tecniche specialistiche necessarie al fine di svolgere attività di controllo e consulenziale. Al fine di assicurare le professionalità utili o necessarie per l'attività dell'Organismo di Vigilanza, e di garantire la professionalità dell'Organismo (oltre che, come già evidenziato, la sua autonomia), è attribuito all'Organismo di Vigilanza uno specifico budget di spesa a disposizione, finalizzato alla possibilità di acquisire all'esterno dell'ente, quando necessario, competenze integrative alle proprie. L'Organismo di Vigilanza può così, anche avvalendosi di professionisti esterni, dotarsi di risorse competenti ad es. in materia giuridica, di organizzazione aziendale, contabilità, controlli interni, finanza e sicurezza sui luoghi di lavoro, ecc.
 - **continuità d'azione:** l'Organismo di Vigilanza svolge in modo continuativo le attività necessarie per la vigilanza sul Modello con adeguato impegno e con i necessari poteri di indagine. La continuità di azione non deve essere intesa come "incessante operatività", dal momento che tale interpretazione imporrebbe necessariamente un Organismo di Vigilanza composto esclusivamente da membri interni all'ente, quando invece tale circostanza determinerebbe una diminuzione della indispensabile autonomia che deve caratterizzare l'Organismo stesso. La continuità di azione comporta che l'attività dell'OdV non debba limitarsi ad incontri periodici dei propri membri, ma essere organizzata in base ad un piano di attività ed alla conduzione costante di azioni di monitoraggio e di analisi del sistema dei controlli preventivi dell'Ente.

3.2 Cause di ineleggibilità, decadenza e revoca dell'Organismo di Vigilanza

A tutti i membri dell'Organismo di Vigilanza è richiesto preventivamente alla nomina di non trovarsi in alcuna delle condizioni di ineleggibilità e/o incompatibilità di seguito riportate:

- essere stati sottoposti a misure di prevenzione disposte ai sensi del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 («Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli artt. 1 e 2 della Legge 13 agosto 2010, n. 136»);



Supporto all'attività di verifica

L'attività di vigilanza dell'OdV può essere supportata dall'Internal Audit, anche mediante l'acquisizione dei rapporti di audit che abbiano attinenza con il sistema di controllo delineato dal Modello, e/o da società esterne specificamente incaricate dello svolgimento delle verifiche.

- essere indagati o essere stati condannati, anche con sentenza non ancora definitiva o emessa ex art. 444 ss. c.p.p., anche se con pena condizionalmente sospesa, salvi gli effetti della riabilitazione:
 - per uno o più illeciti tra quelli tassativamente previsti dal D.Lgs. 231/2001;
 - per un qualunque delitto non colposo;
- essere interdetti, inabilitati, falliti o essere stati condannati, anche con sentenza non definitiva, ad una pena che comporti l'interdizione, anche temporanea, da pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi;
- essere stati sottoposti alle sanzioni amministrative accessorie di cui all'art. 187-quater del Decreto Legislativo 24 febbraio 1998, n. 58.

Il verificarsi anche di una sola delle suddette condizioni comporta l'ineleggibilità alla carica di membro dell'OdV.

È altresì motivo di decadenza con effetto immediato il venir meno, nel corso del periodo di carica, dei requisiti che hanno determinato l'individuazione dei Componenti stessi all'atto delle nomine in virtù della carica societaria o del ruolo organizzativo rivestito.

Costituiscono cause di revoca dei Componenti dell'OdV:

- l'omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'OdV risultante da una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, emessa nei confronti della Fondazione ai sensi del Decreto 231 ovvero da sentenza di applicazione della pena su richiesta (c.d. patteggiamento);
- il grave inadempimento delle funzioni e/o doveri dell'Organismo di Vigilanza.

La revoca è disposta con delibera del Consiglio di Amministrazione, sentiti gli altri membri dell'OdV, l'interessato ed eventualmente il Collegio dei Revisori nel caso le motivazioni siano riconducibili ad ambiti di interesse dello stesso.

In caso di decadenza o revoca di uno dei componenti dell'OdV, il Consiglio di Amministrazione provvede tempestivamente alla sua sostituzione. Il nuovo membro scade insieme a quelli in carica.

In caso di cessazione dalla carica per qualunque causa del Presidente, la funzione è assunta dal membro più anziano in carica, il quale rimane in carica fino alla data della nomina del nuovo Presidente dell'Organismo.

3.3 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza



Il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello 231 è svolto dall'OdV. A tale scopo l'OdV è destinatario di Segnalazioni e Flussi informativi e sono inoltre previsti interventi di verifica che possono essere orientativamente suddivisi in:

- verifiche pianificate sulle aree a rischio reato o su porzioni di esse;
- verifiche specifiche a seguito di Segnalazioni del compimento di pratiche illecite o violazioni del Modello, ricevute attraverso i canali dedicati;
- eventuali follow-up rispetto a precedenti interventi di verifica.

L'Organismo vigila anche sull'efficacia e l'adeguatezza nel tempo del Modello, al fine di prevenire il verificarsi di reati che danneggino il funzionamento e la reputazione della Fondazione.



Budget dell'OdV

L'attività di vigilanza dell'OdV può essere supportata dall'Internal Audit, anche mediante l'acquisizione dei rapporti di audit che abbiano attinenza con il sistema di controllo delineato dal Modello, e/o da società esterne specificamente incaricate dello svolgimento delle verifiche.

Il Consiglio di Amministrazione mette a disposizione dell'OdV adeguate risorse aziendali in relazione ai compiti affidatigli e, nel predisporre il budget aziendale, approva - sulla base di quanto proposto dall'Organismo di Vigilanza stesso - una dotazione adeguata di risorse finanziarie della quale l'OdV potrà disporre per ogni esigenza necessaria al corretto svolgimento dei propri compiti. L'Organismo di Vigilanza può impegnare risorse che eccedono i propri poteri di spesa solo a seguito di autorizzazione diretta del Consiglio di Amministrazione.

Regolamento dell'OdV

Il funzionamento operativo dell'OdV viene dallo stesso definito nell'ambito del "Regolamento dell'Organismo di Vigilanza", che lo stesso organo provvede ad adottare con propria determinazione.

L'OdV ha altresì il compito di curare l'aggiornamento del Modello in relazione all'evolversi della struttura organizzativa e alle necessità sopravvenute, mediante proposte motivate al Presidente del CdA, il quale provvede a sottoporle all'approvazione del Consiglio di Amministrazione. Successivamente l'OdV verifica il corretto svolgimento del processo di aggiornamento.

In relazione alle attività sensibili, l'OdV predispone, in forma integrata con altri soggetti/organismi di compliance della Fondazione come CCR/Collegio Sindacale/Internal Audit, un Piano di verifiche annuali o pluriennali, comunicato all'Organo di Amministrazione, finalizzate a valutare l'effettiva applicazione, l'adeguatezza e la funzionalità degli strumenti normativi in termini di presidi atti a prevenire la commissione dei reati previsti dall'impianto normativo. Tale programma di verifiche è suscettibile di variazioni sulla base di eventuali richieste di intervento da parte dell'Organismo di Vigilanza e a fronte di criticità emerse nel corso dell'attività di analisi dei Flussi o delle Segnalazioni. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di attivare, laddove ritenuto opportuno, verifiche inizialmente non programmate.

Qualora lo ritenga opportuno, l'OdV, ai fini della verifica della corretta attuazione e dell'aggiornamento del Modello, può avvalersi - nel rispetto delle procedure aziendali in materia di affidamento di incarichi professionali - anche di professionisti esterni, dandone preventiva informazione ai vertici aziendali.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, l'Organismo di Vigilanza riferisce al Consiglio di Amministrazione e agisce in piena autonomia; le attività poste in essere non possono essere sindacate da alcun altro organismo o struttura della Fondazione.

3.4 Reporting dell'Organismo di Vigilanza nei confronti degli Organi della Fondazione

L'OdV riferisce in merito alle attività di propria competenza:

- su base continuativa, al Presidente, e qualora ritenuto opportuno anche al Direttore Generale, mediante la tempestiva trasmissione di qualunque informazione in merito ad eventuali violazioni del Modello ritenute fondate e di qualunque altra informazione ritenuta utile ai fini dell'assunzione di determinazioni urgenti, attraverso la trasmissione dei verbali dell'OdV;
- su base semestrale, al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori, mediante l'invio di una relazione avente ad oggetto l'attività svolta e contenente, tra l'altro, elementi relativi all'attuazione del Modello, nonché le informazioni rilevanti e di carattere generale in merito all'adozione del Modello da parte della Fondazione.

L'OdV può essere convocato in qualsiasi momento dal Consiglio di Amministrazione e dal Collegio dei Revisori per riferire in merito al funzionamento e all'osservanza del Modello o a situazioni specifiche.

3.5 Flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

Il Decreto enuncia (art. 6, comma, 2, lett. d.), tra le esigenze che il Modello deve soddisfare, l'istituzione di obblighi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.

A tale scopo è stato definito dalla Fondazione un apposito protocollo in cui sono disciplinate le tre tipologie di flussi informativi verso l'OdV, necessarie per soddisfare le esigenze informative dell'OdV ai sensi della previsione normativa ossia:

- flussi ad hoc o ad evento;
- flussi periodici;
- schede flussi.

Con riguardo ai flussi Informativi devono essere obbligatoriamente e immediatamente trasmesse all'Organismo di Vigilanza i seguenti flussi ad hoc:

- provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, tributaria o da qualsiasi altra autorità, anche amministrativa, che vedano il coinvolgimento della Fondazione o di soggetti apicali, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati di cui al Decreto, fatti salvi gli obblighi di riservatezza e segretezza legalmente imposti;
- richieste di informazioni o invio di prescrizioni, relazioni o lettere da parte di Autorità Pubbliche ed ogni altra documentazione che scaturisca da attività di ispezione delle stesse svolte e rientrante negli ambiti di pertinenza del D.Lgs. 231/2001;
- comunicazioni all'Autorità Giudiziaria che riguardano potenziali o effettivi eventi illeciti che possono essere riferiti alle ipotesi di cui al D.Lgs. 231/2001;
- richieste di assistenza legale inoltrate dai dirigenti e/o dai dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario, in particolare per i reati ricompresi nel Decreto;
- i rapporti predisposti dai Responsabili di altre funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del Decreto o delle prescrizioni del Modello;
- modifiche nel sistema delle deleghe e delle procure, modifiche statutarie o modifiche dell'organigramma aziendale;
- sanzioni irrogate/archiviazioni relativi a procedimenti disciplinari relativi a soggetti apicali, componenti di organi statutari ovvero derivanti da segnalazioni di rilevanza 231;
- segnalazione di infortuni gravi (incidenti mortali o con prognosi superiore a 40 giorni) occorsi a dipendenti, appaltatori e/o collaboratori presenti nei luoghi di lavoro della Fondazione;
- ispezioni da parte di enti di controllo pubblici e attività giudiziaria e relativi esiti;
- ogni altra informazione che, sebbene non ricompresa nell'elenco che precede, risulti rilevante ai fini di una corretta e completa attività di vigilanza e aggiornamento del Modello (es. variazioni significative in termini di processi, organizzazioni, procedure, sistemi/applicativi rilevanti per le aree a rischio identificate).



L'Organismo di Vigilanza, in aggiunta alla ricezione dei flussi ad hoc sopra elencati, è, altresì destinatario di Flussi Informativi Periodici:

- Relazione Annuale sulla Sicurezza;
- Bilancio d'esercizio e consolidato;
- Report sui provvedimenti disciplinari;
- Rendiconto periodico sugli Approvvigionamenti;
- Report sulla formazione obbligatoria e la sorveglianza sanitaria;
- Relazioni periodiche prodotte dall'Internal Audit e singoli Rapporti di Audit;
- Report elaborato dall'Internal Audit sui KPI e/o indicatori di rischio 231.

L'obbligo di trasmettere i flussi periodici ed ad hoc all'OdV grava sulle Strutture competenti per materia.

Infine, semestralmente, l'OdV è destinatario della conferma da parte dei responsabili dei vari uffici/funzioni aziendali della coerenza, completezza e aggiornamento delle attività a rischio individuate, delle politiche di gestione degli stessi, nonché della effettiva attuazione delle procedure aziendali rilevanti ai fini del Decreto, in coerenza con il complessivo sistema normativo della Fondazione; tale conferma avviene mediante trasmissione di apposite Schede Flussi. Tutte le informazioni, la documentazione e le segnalazioni raccolte nell'espletamento dei compiti istituzionali devono essere archiviate e custodite, per almeno tre anni, dall'Organismo di Vigilanza, avendo cura di mantenere riservati i documenti e le informazioni acquisite, anche nel rispetto della normativa sulla privacy.

3.6 Gestione delle segnalazioni e disciplina in materia di Whistleblowing

Segnalazioni di illeciti inclusi nel Decreto o violazioni del Modello

Il Personale ha l'obbligo di segnalare, attraverso i canali dettagliati nel presente paragrafo, la commissione di reati all'interno della Fondazione, le pratiche non in linea con i principi di comportamento e le prescrizioni adottate con il presente Modello 231 (ad esempio, carenze sul sistema di controllo per la mitigazione dei rischi, ecc.).

L'Organismo di Vigilanza valuterà le segnalazioni ricevute e gli eventuali provvedimenti conseguenti a sua ragionevole discrezione e responsabilità, ascoltando eventualmente il responsabile della presunta violazione e motivando per iscritto eventuali rifiuti di procedere ad una indagine interna. I segnalanti in buona fede devono essere garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione e, in ogni caso, sarà assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Fondazione o delle persone accusate erroneamente e/o in malafede.

Inoltre, l'art. 6, comma 2-bis, del Decreto richiede che la Fondazione preveda:

- uno o più canali che consentano ai soggetti indicati nell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del Modello di Organizzazione e Gestione dell'Ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte; tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione;
- almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;
- il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione.



A tal fine sono istituiti, anche tramite appositi protocolli, i seguenti canali di comunicazione con l'Organismo di Vigilanza per eventuali segnalazioni:

- una **piattaforma informatica** di whistleblowing;
- una casella di posta elettronica "**odv@policlinicogemelli.it**";
- posta ordinaria, inviando in forma scritta ed in busta chiusa la segnalazione all'indirizzo di seguito riportato "**Organismo di Vigilanza c/o Segreteria della funzione Internal Audit, Largo Agostino Gemelli 8 - 00168 Roma**";

Per tutti i canali di comunicazione costituiti, la Fondazione adotta adeguate misure organizzative ed informatiche al fine di garantire la massima sicurezza e la riservatezza del segnalante e dei contenuti della segnalazione stessa.

La disciplina in materia di whistleblowing

La Legge n. 179/2017 disciplina la tutela del segnalante illeciti e irregolarità di cui è venuto a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato, nota come "Whistleblowing".

Tale disposto normativo ha previsto l'integrazione dell'articolo 6 del D.Lgs. 231/2001 con l'obbligo per l'Ente di prevedere dei canali che consentano la segnalazione di illeciti, anche non rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, garantendo la massima riservatezza in merito all'identità del segnalante.

Come meglio specificato in precedenza, la Fondazione si impegna quindi a tutelare il segnalante, ovvero colui che segnala un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo, in quanto consente alla stessa di avere conoscenza e consapevolezza di eventuali problemi o pericoli. In questo contesto la Fondazione si impegna a implementare procedure volte a incentivare le segnalazioni e a tutelare il segnalante.

In particolare l'identità del segnalante non può essere rilevata senza il suo espresso consenso e coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della segnalazione, anche solo accidentalmente, sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Inoltre i segnalanti non possono essere sanzionati, demansionati, licenziati, trasferiti o sottoposti ad alcuna misura discriminatoria, diretta o indiretta, per motivi collegati alla segnalazione. Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione.

Il segnalante che ritiene di aver subito una misura discriminatoria deve darne comunicazione alla Direzione Risorse Umane; tale misura discriminatoria può essere denunciata all'Ispettorato del lavoro, per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'organizzazione sindacale indicata dal medesimo.

La tutela del segnalante può non essere assicurata solo nei casi in cui incorra in responsabilità penale a titolo di calunnia, diffamazione o altro reato connesso con la denuncia. Inoltre l'anonimato del segnalante non può essere garantito in tutte le ipotesi in cui l'anonimato stesso non sia opponibile nell'ambito del procedimento e nei casi previsti dalla legge.

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Inoltre si precisa che non saranno ritenute rilevanti le segnalazioni fondate su meri sospetti e sarà soggetto a sanzioni colui che effettui con dolo o colpa gravi segnalazioni che si rivelino infondate.

In ogni caso, considerato che lo spirito della norma è quello di incentivare la collaborazione dei dipendenti, non è necessario che il segnalante sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, ma è sufficiente che, in base alle proprie conoscenze, ritenga, in buona fede, che sia altamente probabile che si sia verificato il fatto illecito segnalato.



Valutazione delle sanzioni

Le sanzioni comminabili sono diversificate in ragione della natura del rapporto tra l'autore della violazione e la Fondazione, del rilievo e della gravità della violazione commessa, nonché del ruolo e della responsabilità dell'autore. Più in particolare, le sanzioni comminabili sono diversificate tenuto conto del grado di imprudenza, imperizia, negligenza, colpa o dell'intenzionalità del comportamento relativo all'azione/omissione, tenuto altresì conto dell'eventuale recidiva, nonché dell'attività lavorativa svolta dall'interessato e della relativa posizione funzionale, unitamente a tutte le altre particolari circostanze che possono aver caratterizzato il fatto.



Statuto dei lavoratori

In relazione al Personale Dipendente, la Fondazione si attiene alle prescrizioni di cui all'art. 7 della Legge n. 300/1970 (Statuto dei lavoratori) ed alle previsioni contenute nei Contratti Collettivi di Lavoro (CCL) applicabili, sia con riguardo sia alle sanzioni comminabili che sia alle modalità di esercizio del potere disciplinare.

4. SISTEMA DISCIPLINARE

La presente Sezione del Modello illustra i contenuti del sistema sanzionatorio e le misure nei confronti dei Lavoratori Dipendenti, dei Dirigenti, degli Amministratori e dei membri del Collegio dei Revisori, dei membri dell'Organismo di Vigilanza, nonché nei confronti di Fornitori, Collaboratori e Consulenti.

4.1 Premessa

La definizione di un sistema sanzionatorio, applicabile in caso di violazione delle disposizioni del presente Modello nella sua interezza, costituisce condizione necessaria per garantire l'efficace attuazione del Modello stesso, nonché presupposto imprescindibile per consentire alla Fondazione di beneficiare della condizione esimente dalla responsabilità amministrativa (ex art. 6, comma 2, lett. e) del Decreto).

L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'instaurazione e dagli esiti di un procedimento penale eventualmente avviato nei casi in cui la violazione integri un'ipotesi di reato rilevante ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

Il procedimento sanzionatorio è in ogni caso gestito dalla funzione e/o dagli organi societari competenti che riferiscono al riguardo all'OdV.

Di seguito si riportano le sanzioni divise per tipologia di rapporto tra il soggetto e la Fondazione.

IN GENERALE, LE VIOLAZIONI POSSONO ESSERE RICONDOTTE AI SEGUENTI COMPORTAMENTI:

- a.** Comportamenti che integrano una mancata attuazione colposa delle prescrizioni del Modello e/o del Codice Etico ivi comprese direttive, procedure o istruzioni aziendali;
- b.** comportamenti che integrano una trasgressione dolosa delle prescrizioni del Modello e/o del Codice Etico tale da compromettere il rapporto di fiducia tra l'autore e la Fondazione in quanto preordinata in modo univoco a commettere un reato;
- nonchè classificate come segue:
- la violazione, anche con condotte omissive e in eventuale concorso con altri, delle previsioni del Modello o delle procedure stabilite per l'attuazione del medesimo e del Codice Etico;
 - la redazione, eventualmente in concorso con altri, di documentazione alterata o non veritiera;
 - l'agevolazione, mediante condotta omissiva, di violazioni del Modello o del Codice Etico e della redazione da parte di altri di documentazione alterata o non veritiera;
 - l'omessa redazione della documentazione prevista dal Modello o dalle procedure stabilite per l'attuazione dello stesso;
 - il rifiuto di fornire la documentazione e le informazioni richieste dagli organi e dalle strutture di controllo (tra cui l'Organismo di Vigilanza, la funzione Internal Audit, il Collegio dei Revisori dei Conti, ecc.);
 - l'assenza non giustificata ai corsi di formazione in materia di responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/2001.
 - l'effettuazione, con dolo o colpa grave, di segnalazioni infondate all'OdV rese al solo scopo di portare discredito al "segnalato";
 - la messa in atto di atti di discriminazione diretti o indiretti nei confronti dei "segnalanti".

Il procedimento sanzionatorio è in ogni caso gestito dalla funzione e/o dagli organi societari competenti che riferiscono al riguardo all'OdV.

Di seguito si riportano le sanzioni previste in funzione della tipologia di rapporto tra il soggetto e la Fondazione.

4.2 Sanzioni per i lavoratori dipendenti

L'inosservanza - da parte del personale dipendente - delle disposizioni del Modello e/o del Codice Etico, nonché di tutta la documentazione che di essi forma parte o ne rappresenti l'attuazione (p.e. documentazione procedurale attinente al Modello), costituisce inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro ex art. 2104 cod. civ. e illecito disciplinare.

Più in particolare, l'adozione da parte di un Dipendente della Fondazione di un comportamento qualificabile, in base a quanto indicato al comma precedente, come illecito disciplinare, costituisce inoltre violazione dell'obbligo del lavoratore di eseguire con la massima diligenza i compiti allo stesso affidati, attenendosi alle direttive della Fondazione, così come previsto dai vigenti CCL applicabili.

Alla notizia di violazione del Modello, verrà promossa un'azione disciplinare finalizzata all'accertamento della violazione stessa. In particolare, nella fase di accertamento verrà previamente contestato al dipendente l'addebito e gli sarà, altresì, garantito un congruo termine di replica. Una volta accertata la violazione, sarà irrogata all'autore una sanzione disciplinare proporzionata alla gravità della violazione commessa.

Al Personale non dirigente possono essere comminate le sanzioni previste dal CCL applicabile (Contratto Collettivo di Lavoro per il Personale non dirigente della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS), di seguito riportate:

- i) rimprovero verbale;
- ii) rimprovero scritto (censura);
- iii) multa di importo variabile fino ad un massimo di quattro ore di retribuzione;
- iv) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni;
- v) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da undici giorni fino a tre mesi;
- vi) licenziamento con preavviso;
- vii) licenziamento senza preavviso.

Le sanzioni disciplinari di cui ai punti i), ii), iii), iv) sono inflitte dal Direttore delle Risorse Umane; la sanzione di cui al punto v) dal Direttore Risorse Umane su proposta deliberativa della Commissione di Disciplina; le sanzioni di cui ai punti vi) e vii) dal Direttore Generale.

La funzionalità del sistema sanzionatorio in ordine alle violazioni delle regole comportamentali dedotte nel Modello e nel Codice Etico viene costantemente monitorata dall'OdV e dal Direttore Risorse Umane.

Per il Personale in distacco e i Collaboratori ai quali si applicano contratti diversi da quelli di cui sopra, in caso di violazione delle procedure interne previste dal presente Modello o di adozione, nell'espletamento di attività a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, potrà applicarsi la sospensione della collaborazione o del rapporto in essere.

4.3 Sanzioni nei confronti dei Dirigenti

In caso di violazione, da parte di Dirigenti, delle procedure interne previste dal presente Modello o di adozione, nell'espletamento di attività a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, l'OdV ne informerà il Consiglio di Amministrazione.

Il Direttore Generale provvederà ad applicare, nei confronti dei responsabili, le idonee misure in conformità a quanto previsto dal CCL applicabile, di seguito riportate:

- i) censura scritta;
- ii) sanzione pecuniaria fino a quattro ore di retribuzione;
- iii) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni;

- iv) licenziamento con preavviso;
- v) licenziamento senza preavviso.

Per il Personale dirigente in distacco e i Dirigenti apicali ai quali si applicano contratti diversi da quelli di cui sopra, in caso di violazione delle procedure interne previste dal presente Modello o di adozione, nell'espletamento di attività a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, si applicherà la sospensione della collaborazione o del rapporto in essere.

Più in generale, le violazioni commesse dal Personale dirigente assumano ulteriore gravità rispetto a quelle commesse dal resto del Personale.

4.4 Misure nei confronti degli Amministratori e dei membri del Collegio dei Revisori

L'OdV informa il Consiglio di Amministrazione e il Collegio dei Revisori delle Segnalazioni aventi ad oggetto violazioni del Modello o del Codice Etico da parte degli Amministratori e dei membri del Collegio dei Revisori che non siano state ritenute manifestamente infondate, affinché provvedano a investire della questione gli organi da essi presieduti.

In caso di violazione accertata delle prescrizioni del Modello o del Codice Etico da parte di uno o più Componenti del Consiglio di Amministrazione, il Consiglio di Amministrazione delibera a maggioranza assoluta dei presenti, escluso l'Amministratore o gli Amministratori che hanno commesso le infrazioni, sentito il parere obbligatorio del Collegio dei Revisori e dell'OdV.

In caso, invece, di violazione accertata delle prescrizioni del Modello o del Codice Etico da parte di uno o più Componenti del Collegio dei Revisori, il Consiglio di Amministrazione, sentito l'Organismo di Vigilanza, potrà adottare i provvedimenti di competenza, tra cui la revoca del mandato per giusta causa, e ottemperare agli ulteriori incumbenti previsti dalla legge, dandone comunicazione al soggetto cui compete statutariamente il potere di nomina.

4.5 Misure nei confronti dei membri dell'OdV

In caso di violazioni del presente Modello da parte di uno o più Componenti dell'OdV, gli altri Componenti dell'OdV, ovvero uno qualsiasi tra i membri del Collegio dei Revisori o tra gli amministratori, informano immediatamente il Collegio dei Revisori ed il Consiglio di Amministrazione della Fondazione. Tali organi, previa contestazione della violazione e preso atto delle argomentazioni difensive eventualmente addotte, assumono gli opportuni provvedimenti tra cui, ad esempio, la revoca dell'incarico.

4.6 Misure nei confronti di Fornitori, Collaboratori e Consulenti

La violazione da parte di Collaboratori esterni alla Fondazione e/o di Fornitori di beni, servizi ed opere, delle norme previste dal Decreto e/o del Codice Etico, piuttosto che nel caso di inadempienza dei predetti soggetti rispetto alle clausole contrattuali in materia di D.Lgs. 231/2001 o nel caso di comportamenti in contrasto con il Modello 231 della Fondazione, può essere causa di risoluzione del contratto. Tale circostanza è esplicitamente contenuta nelle condizioni generali di contratto della Fondazione e comunque in ciascun specifico contratto in cui la Fondazione sia parte.

La violazione va denunciata senza indugio da chi la rileva al Direttore Generale, con copia al Presidente della Fondazione. Se il Direttore Generale ritiene che la denuncia sia fondata ordina l'immediata risoluzione del contratto e ne dà notizia all'OdV. Egli dà ugualmente notizia all'OdV dei casi in cui egli non proceda a risolvere il contratto perché ritiene non fondata la denuncia o perché la risoluzione sarebbe di grave danno per la Fondazione.

La risoluzione del contratto comporta l'accertamento dei danni che la Fondazione abbia eventualmente subito e la conseguente azione di risarcimento.



Formazione

La formazione ha l'obiettivo di diffondere tra il Personale la conoscenza dei reati, le fattispecie configurabili, i presidi specifici delle aree di competenza degli operatori, nonché richiamare l'attenzione sull'importanza di una corretta applicazione del Modello. I contenuti formativi sono aggiornati in relazione all'evoluzione della normativa esterna e del Modello; pertanto in caso di modifiche rilevanti si procederà ad una integrazione dei contenuti medesimi, assicurandone altresì la fruizione.

Pubblicazione del Modello

La Fondazione provvede a divulgare e a rendere disponibile a Clienti, Fornitori e Consulenti le regole di condotta ivi contenute; tale iniziativa si concretizza di fatto mediante la suddetta pubblicazione, la disponibilità cartacea del Modello presso le Direzioni, nonché mediante ulteriori punti di contatto che dovessero via via venire identificati, in funzione delle esigenze operative.

5. INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E DIFFUSIONE DEL MODELLO

La conoscenza effettiva dei contenuti del Modello da parte del Personale e di tutti i soggetti che hanno rapporti con la Fondazione è condizione necessaria per assicurare l'efficacia e la corretta funzionalità del Modello stesso. A tal fine, l'adozione del Modello, nonché delle relative integrazioni e/o modifiche, è comunicata a tutte le risorse presenti nell'Ente al momento dell'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

È inoltre previsto che tutte le risorse neoassunte ricevano, contestualmente all'assunzione, il Codice Etico e che a tutto il Personale sia assicurato l'accesso alla sezione dedicata al Modello all'interno del portale aziendale; qualora ciò non sia possibile in ragione della natura dell'incarico viene comunque fornita adeguata documentazione cartacea.



Il Personale, ad ogni livello, deve essere consapevole delle possibili ripercussioni dei propri comportamenti e delle proprie azioni rispetto alle regole prescritte dal Modello. È pertanto prevista la divulgazione delle regole di condotta del Modello mediante una specifica attività di formazione e di aggiornamento di Dipendenti e Collaboratori.

La partecipazione ai programmi di formazione sul Modello è obbligatoria ed il controllo sulla frequenza e sui contenuti del programma è demandato all'Organismo di Vigilanza, che svolge altresì un controllo circa la validità e la completezza dei piani formativi previsti ai fini di un'appropriata diffusione, di un'adeguata cultura dei controlli interni, dell'organigramma aziendale e di una chiara consapevolezza dei ruoli e responsabilità delle varie funzioni aziendali, nonché sulla conoscenza del Modello sia in relazione alle disposizioni generali (Parte Generale) che in relazione alle Parti Speciali che riportano i punti di controllo in relazione alle attività svolte.

Il Modello è inoltre pubblicato e accessibile nella versione integrale all'interno della rete intranet, mentre sul sito internet della Fondazione è presente la versione sintetica; infine, una copia cartacea è sempre depositata presso la Direzione Generale e le Direzioni.

Gruppo di Lavoro sul Modello (GLM) e personale esterno

In ragione della complessità della struttura organizzativa della Fondazione e della necessità di un approccio sistematico all'attività di mantenimento nel tempo dell'efficacia del Modello, su richiesta del Direttore Generale, può essere costituito un presidio operativo temporaneo o permanente denominato "Gruppo di Lavoro sul Modello" (GLM).

In particolare il GLM potrà contribuire allo svolgimento delle attività necessarie per implementare e gestire l'aggiornamento del Modello. Dunque, il Direttore Generale, all'attivazione del processo di aggiornamento del Modello, si potrà avvalere del GLM e, nel caso se ne ravvisino le necessità, di Personale esterno.

6. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO E SUA ATTUAZIONE

L'adozione e l'efficace attuazione del Modello costituiscono per espressa previsione legislativa una responsabilità del Consiglio di Amministrazione. L'efficacia del Modello è garantita dalla costante attività di aggiornamento, intesa sia come integrazione sia come modifica delle parti che costituiscono lo stesso.



Il potere di aggiornare il Modello compete:

- al Consiglio di Amministrazione per modifiche sostanziali, quali, ad esempio, l'aggiornamento o modifica delle aree sensibili in considerazione di evoluzioni normative (es. introduzione nel decreto di nuovi reati presupposto) oppure di mutamenti del business (es. introduzione di nuovi ambiti di operatività), l'approvazione e modifica del Codice Etico;
- al Direttore Generale per le modifiche non sostanziali del Modello e per l'approvazione dei Protocolli attuativi del Modello, ovvero per quelle dovute a modifiche e aggiornamenti della normativa interna o a riorganizzazioni e conseguente riassegnazione a nuove Strutture di attività a rischio reato, o per modifiche di carattere formale (ridenominazione di attività/strutture).

Il Modello deve essere tempestivamente modificato ed integrato, anche su proposta e previa consultazione dell'OdV, quando siano intervenute:

- violazioni ed elusioni delle prescrizioni in esso contenute che ne abbiano evidenziato l'inefficacia o l'incoerenza ai fini della prevenzione dei reati e/o esiti di verifiche sull'efficacia del medesimo (p.e. con riferimento ai rapporti di Internal Audit o di altre funzioni e alle verifiche direttamente condotte dall'OdV) e/o notizie o eventi di pubblico dominio che possano evidenziarne aree di miglioramento;
- significative modificazioni all'assetto interno e/o delle modalità di svolgimento delle attività della Fondazione;
- modifiche normative ed evoluzioni giurisprudenziali.

Durante il processo di aggiornamento del Modello, l'OdV monitora il corretto avanzamento del progetto, in attuazione di quanto previsto dall'art. 6 co.1 lettera b) del Decreto, ricevendo opportuna informativa dal Direttore Generale o dal GLM (o eventualmente da soggetti da essi delegati, con riferimento, per esempio, a società esterne a cui sia stato affidato, sotto il profilo tecnico e operativo, l'incarico di aggiornamento).

Pur rimanendo in capo al Direttore Generale, eventualmente supportato dal GLM, la responsabilità circa l'attuazione di tutte le misure necessarie per l'aggiornamento e l'implementazione del Modello, incluse eventuali attività derivanti dall'analisi dei rischi e Gap Analysis, la Fondazione individua nella funzione di Internal Audit la struttura di coordinamento delle Unità/Funzioni coinvolte nell'attività di predisposizione e revisione del Modello, con il compito di: i) convocare le riunioni di condivisione del progetto; ii) ricevere un aggiornamento dal GLM circa l'attuazione misure previste nella Gap Analysis; iii) predisporre un'attività di reporting all'OdV e agli Organi di Vertice della Fondazione in merito allo stato di avanzamento degli interventi previsti nella Gap Analysis.

PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

1. L'Organismo di Vigilanza ravvisa la necessità di provvedere all'aggiornamento del Modello, in autonomia o anche su indicazione delle altre funzioni aziendali.
2. Una volta circostanziata tale necessità, l'Organismo di Vigilanza provvede a darne informativa al CdA.
3. Il CdA valuta le necessità di aggiornamento e - nel caso - fornisce quindi mandato al Direttore Generale di provvedere all'adeguamento del Modello.
4. Il Direttore Generale attiva il suddetto processo, eventualmente avvalendosi del GLM e, ove ritenuto opportuno, di Personale esterno qualificato.
5. Il Direttore Generale, nell'ambito dello svolgimento del processo di aggiornamento, definisce le proposte di aggiornamento del Modello stesso, acquisendo preventivamente i pareri dalle strutture e degli Organi in merito a specifici aspetti di competenza.
6. Infine, il Direttore Generale sottopone il Modello al CdA per approvazione.
7. Il CdA approva il Modello o il suo aggiornamento, rendendolo così vigente.