

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

RSITARIO AGOSTINO GEMELLI

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

50MILLE
Gemelli

50MILLE
Gemelli

MODELLO 231

MODELLO
DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO

Edizione 2022

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO AGOSTINO GEMELLI IRCCS

APPROVATO DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE IL 17/03/2022

Rev. N.	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA APPROVAZIONE CdA
0	Prima Stesura	21/07/2015
1	Revisione generale	28/11/2016
1.1	Revisione "Composizione OdV" par. 3.1	20/02/2018
2	Revisione generale	27/02/2019
2.1	Revisione gestione delle Segnalazioni (par.3.6 e par. 5)	16/09/2019
3	Revisione complessiva Parte Generale, Parti Speciali e Matrice Aree a Rischio-Reato; eliminazione delle Parti Speciali I "Delitti contro la Personalità Individuale" e S "Delitti contro l'industria ed il commercio"; creazione della Parte Speciale I "Reati Tributari".	17/03/2022

SOMMARIO

FINALITA' E STRUTTURA DEL MODELLO	4
GLOSSARIO E DEFINIZIONI	5
PARTE GENERALE	9
SEZIONE PRIMA	10
1. il contesto normativo introdotto al D.Lgs. 231/2001	10
1.1 La Responsabilità amministrativa degli enti	10
1.2 I reati previsti dal Decreto	11
1.3 Le sanzioni previste dal Decreto	12
1.4 Condizione esimente	13
1.5 Le vicende modificative dell'ente	15
1.6 I reati commessi all'estero	16
SEZIONE SECONDA	17
2. Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo della Fondazione	17
2.1 Le attività della Fondazione, il Modello di Corporate governance, l'Organizzazione ed il sistema di controllo interno e gestione rischi	17
2.2 Finalità, elementi costitutivi del Modello e metodologia adottata	21
2.3 Destinatari	23
2.4 Codice Etico e Modello	23
2.5 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO E PRESID GENERALI DI CONTROLLO	23
SEZIONE TERZA	28
3. Organismo di Vigilanza	28
3.1 Identificazione dell'Organismo di Vigilanza	28
3.2 Cause di ineleggibilità, decadenza e revoca dell'Organismo di Vigilanza	30
3.3 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza	31
3.4 Reporting dell'Organismo di Vigilanza nei confronti degli Organi della Fondazione	32
3.5 Flussi Informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza	32
3.6 Gestione delle Segnalazioni e disciplina in materia di whistleblowing	34
SEZIONE QUARTA	37
4. Sistema Disciplinare	37
Premessa	37
SEZIONE QUINTA	41
5. le modalità di diffusione, comunicazione del Modello e i relativi adempimenti in materia di formazione del personale	41
SEZIONE SESTA	42
6. il processo di aggiornamento del Modello	42

FINALITA' E STRUTTURA DEL MODELLO

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS si dota del presente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (di seguito anche "Modello 231" o "il Modello") con l'obiettivo di prevenire la commissione dei reati ricompresi nell'ambito applicativo del D.Lgs. 231/2001 (c.d. reati presupposto) da parte di esponenti dell'Ente, siano essi:

- Soggetti "apicali", ovvero persone che rivestono funzioni di rappresentanza, 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;
- Soggetti "sottoposti all'altrui direzione", ovvero persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti "apicali" di cui al punto precedente (c.d. soggetti in posizione subordinata).

Il presente Modello è articolato in una Parte Generale e più Parti Speciali nonché da alcuni allegati che costituiscono parte integrante dello stesso.

La Parte Generale è organizzata in sei Sezioni in cui vengono descritti:

- il contesto normativo introdotto dal D.Lgs. 231/2001;
- le attività, il modello di corporate governance, l'organizzazione ed il Sistema di Controllo e Gestione Rischi della Fondazione nonché gli elementi costitutivi del Modello 231, l'approccio metodologico utilizzato dall'Ente per la sua definizione, i Destinatari, i principi generali di comportamento ed i presidi generali di controllo definiti dall'Ente;
- i criteri di identificazione e nomina, i compiti e le funzioni dell'Organismo di Vigilanza ed i canali di informazione e segnalazione;
- il Sistema Disciplinare applicabile in caso di violazioni delle prescrizioni contenute nel Modello 231, nel Codice Etico e nei relativi protocolli di prevenzione;
- le modalità di diffusione, comunicazione del Modello e i relativi adempimenti in materia di formazione del personale;
- il processo di aggiornamento del Modello.

Le Parti Speciali sono invece organizzate in base alle categorie di reato previste dal D.Lgs. 231/2001 ritenute, potenzialmente, rilevanti per la Fondazione. Ciascuna Parte Speciale contiene:

- un elenco delle fattispecie di reato-presupposto potenzialmente rilevanti per l'Ente, individuate in base alla attività, al settore di competenza ed ai processi interni dall'Ente;
- le aree di attività a rischio-reato;
- i principi di controllo specifici adottati dall'Ente per prevenire, in ogni Area "sensibile", la commissione dei reati presupposto rilevanti.

Costituiscono inoltre parte integrante del Modello i seguenti documenti:

- Allegato 1: Codice Etico;
- Allegato 2: Matrice aree a rischio-reato.

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco

Accountability: obbligo per un soggetto di rendere conto delle proprie decisioni e di essere responsabile per i risultati conseguiti

Aree a rischio-reato o Aree sensibile: attività e processi aziendali nel cui ambito possono in via potenziale essere commessi i reati presupposto ovvero determinarsi operazioni ovvero transazioni strumentali alla commissione degli Illeciti amministrativi

ARPA: Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale

ASL: Azienda Sanitaria Locale

Best practices: insieme delle attività, procedure, comportamenti, abitudini, che organizzate in modo sistematico, possono essere prese come riferimento e riprodotte per favorire il raggiungimento dei risultati migliori in ambito aziendale e, nel caso della Fondazione in quello sanitario, della ricerca scientifica e della didattica

CCL: Contratto Collettivo del Lavoro

CCR: Comitato Controllo e Rischi

CdA o Organo amministrativo: Consiglio di Amministrazione della Fondazione

C.c.: codice civile

CED: Centro Elaborazione Dati

Collaboratori: soggetti che hanno con l'Ente un rapporto di lavoro parasubordinato

Consulenti: soggetti che, in ragione delle competenze professionali, prestano la propria opera intellettuale in favore o per conto dell'Ente sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale.

C.p.: codice penale

COFT - DM: Commissione per la Farmacoterapia e Dispositivi Medici

CV: Curriculum Vitae

Decreto: Decreto legislativo 8 giugno 2001, n.231 e ss.mm.ii.

Destinatari del Modello o Destinatari: i Componenti degli organi sociali, i Dipendenti e i Collaboratori della Fondazione, il Personale in distacco presso la Fondazione o che opera presso la stessa in base a convenzione (i.e. medici in specializzazione), i Consulenti e Fornitori della Fondazione, nonché tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi della stessa

Dipendenti: soggetti aventi con l'Ente un contratto di lavoro subordinato o somministrati da agenzie per il lavoro interinale

DRG: Diagnosis Related Groups

DURC: Documento Unico di Regolarità Contributiva

DUVRI: Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze

Flussi Informativi: sistema strutturato di informazioni e dati prodotti dalle unità organizzative della Fondazione destinato all'OdV

Fondatori: Università Cattolica del Sacro Cuore e Istituto G. Toniolo di Studi Superiori

Fondazione, FPG o Ente: Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Form: modulo

Fornitori: le controparti contrattuali dell'Ente, persone fisiche o giuridiche, con cui lo stesso addivenga ad una qualunque forma di collaborazione "passiva" contrattualmente regolata. In tale contesto i Fornitori si considerano Destinatari del Modello ove erogino prestazioni o servizi direttamente riconducibile alle Aree sensibili dell'Ente.

Gap analysis: analisi volta ad individuare un insieme di carenze (c.d. gap) che la Fondazione intende sanare per il miglioramento del sistema di controllo interno con specifico riferimento alle misure finalizzate alla prevenzione dei reati presupposto

GDPR: General Data Protection Regulation, ovvero il Regolamento UE 2016/679

Incaricato di Pubblico Servizio: colui che a qualunque titolo presta un pubblico servizio, da intendersi come un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza di poteri tipici di questa ai sensi dell'art. 358 c.p.

Internal Audit o Funzione di Controllo Interno: funzione di Internal Audit di FPG

IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Linee guida Confindustria: documento contenente i principi e linee guida predisposte da Confindustria per la costruzione dei modelli di organizzazione gestione e controllo

Mass Media: mezzi di comunicazione di massa

Matrice rischio-reato: tabella descrittiva che illustra i) le attività ed i processi aziendali a rischio potenziale di commissione dei reati presupposto e ii) il grado di rischiosità relativa di dette attività e processi

MA: Medico Autorizzato

MC: Medico Competente

Modello o Modello 231: Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001 adottato dalla Fondazione

OdA: Ordine di Acquisto

OdV: Organismo di Vigilanza della Fondazione ai sensi dell'art. 6 del Decreto

Outsourcing: esternalizzazione mediante affidamento di funzioni, segmenti di processi produttivi o di servizi ad un Fornitore esterno

PA: gli Enti Pubblici, gli Enti Concessionari di Pubblico Servizio, le persone fisiche o giuridiche che agiscono in qualità di Pubblico Ufficiale, Incaricato di Pubblico Servizio, membro appartenente a

un organo della Comunità Europea, di funzionario delle Comunità Europee o di funzionario di Stato Estero, la magistratura, le Autorità di Pubblica Vigilanza, ecc.

Personale: risorse umane a vario titolo impiegate per lo svolgimento delle attività della Fondazione

Pubblico Ufficiale: colui che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa ai sensi dell'art. 357 c.p.

PSC: Piano di Sicurezza e Coordinamento

RAD-R: Rapporto Accettazione Dimissione-Riabilitazione

RdA: Richiesta di Acquisto

Reato, Illecito amministrativo o Reato presupposto: reato da cui deriva la responsabilità amministrativa disciplinata dal Decreto

Referente SIO: Dirigente medico dipendente che nell'ambito della UOC di appartenenza, rappresenta l'interlocutore di riferimento della Direzione Sanitaria per gli aspetti riguardanti la codifica della SDO o della scheda RAD-R

Repository: archivio informatico, direttamente accessibile dagli utenti, nel quale sono raccolti e conservati dati, informazioni e documenti in formato digitale

RLS: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

SAL: Stato Avanzamento Lavori

SCI-RM: Sistema di Controllo Interno e Gestione Rischi

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera

Segnalante: soggetto che segnala la commissione anche tentata di Reati presupposto ovvero condotte non conformi con le prescrizioni del Modello, del Codice Etico e dei protocolli attuativi

Segnalazione: comunicazione all'OdV di condotte contrarie a norme di legge ed alle prescrizioni del Modello effettuate attraverso i canali di whistleblowing adottati dall'Ente

SIAE: Società Italiana degli Autori ed Editori

SIAS: Sistema Informativo Assistenza Specialistica

SIES: Sistema Informativo Emergenza Sanitaria

SIO: Sistema Informativo Ospedaliero

Sistema di governance: insieme di regole (leggi, regolamenti, ecc.) che, ad ogni livello, disciplinano la gestione e la direzione di un qualsiasi ente, pubblico o privato

Site Visit: visita presso sedi, uffici e siti dell'Ente da parte di soggetti terzi quali, tipicamente, Enti certificatori ed Enti Pubblici, al fine del rilascio di certificazioni, attestazioni, pareri, ecc.

Soggetti Apicali: persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua Unità dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché persone che esercitano, anche di fatto, la gestione o il controllo dell'ente

Soggetti Subordinati o Sottoposti: persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza dei soggetti di cui al punto precedente

SPP: Servizio di Prevenzione e Protezione

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario Regionale

Stakeholder: portatori di interesse

UO o Unità Organizzativa: articolazione organizzativa amministrativa, clinico-assistenziale o di ricerca

UOC: Unità Organizzativa Complessa

UOS: Unità Organizzativa Semplice

UOSD: Unità Organizzativa Semplice Dipartimentale



MODELLO 231

PARTE GENERALE

PARTE GENERALE

SEZIONE PRIMA

La presente sezione 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. IL CONTESTO NORMATIVO INTRODOTTO AL D.LGS. 231/2001

1.1 LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DEGLI ENTI

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.

Il D.Lgs. 231/2001 prevede 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 alcuni 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 o anche solo tentati 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. soggetti apicali, di cui all'art. 5 lettera a) del Decreto);

- 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 agli elementi oggettivi sopra descritti, il D.Lgs. 231/2001 richiede anche l'esistenza di un requisito 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 di controllo preventive idonee a contrastare 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 "Catalogo reati 231 e le relative sanzioni" 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, di un ente pubblico o dell'Unione Europea o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture (Art. 24)*
2. *delitti informatici e trattamento illecito di dati (Art. 24-bis)*
3. *delitti di criminalità organizzata (Art. 24-ter)*
4. *peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e abuso d'ufficio (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 (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. *abuso di informazioni privilegiate e di manipolazione del mercato previsti dalla parte V, titolo I-bis, capo II, del testo unico di cui al decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58, (Art. 25-sexies)*
12. *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)*
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 tributari (art. 25-quinquiesdecies)*
21. *reati di contrabbando (art. 25- sexiesdecies)*
22. *reati transnazionali (Artt. 3 e 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 nel 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;
- 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

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) il reato sia stato commesso 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 al contenuto minimo cui i modelli devono rispondere:

- 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 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.

Nonostante il Modello costituisca causa di non punibilità sia nel caso in cui il reato presupposto sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale o 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.

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 rilevanti 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, sia 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".

SEZIONE SECONDA

In questa sezione sono illustrate le attività, il modello di corporate governance, l'organizzazione ed il Sistema di Controllo e Gestione Rischi della Fondazione nonché gli elementi costitutivi del Modello 231 e l'approccio metodologico utilizzato dall'Ente per la sua definizione. Vengono inoltre identificati nella presente unità i Destinatari del Modello ed elencati i principi generali di comportamento ed i presidi generali di controllo definiti dall'Ente per la prevenzione la commissione dei reati presupposto rilevanti.

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

2.1 LE ATTIVITA' DELLA FONDAZIONE, IL MODELLO DI CORPORATE GOVERNANCE, L'ORGANIZZAZIONE ED IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO E GESTIONE RISCHI

Le Attività

FPG è una fondazione di partecipazione, con sede legale e operativa 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 Agostino 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 degli scopi statutari, la Fondazione definisce la propria struttura svolgendo l'attività nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e trasparenza, assicurando la sostenibilità e l'equilibrio economico della gestione.

Il Modello 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.

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.

Presidente del Consiglio di Amministrazione: esercita i poteri e i compiti attribuitigli dallo Statuto, ha la rappresentanza della Fondazione di fronte ai terzi e in giudizio e cura le relazioni con le autorità, le istituzioni, le pubbliche amministrazioni, le imprese e altri enti, pubblici o privati, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle singole iniziative della Fondazione. Il Presidente svolge attività di rappresentanza finalizzata a mantenere e accrescere il prestigio e la considerazione della Fondazione, del suo ruolo, della sua presenza e della sua immagine nel contesto regionale, nazionale ed internazionale per il miglior perseguimento dei fini statutari. Svolge compiti di stimolo dell'attività degli organi vigilando sull'osservanza delle disposizioni statutarie, sull'andamento generale delle attività e sull'attuazione delle delibere del CdA. Il Presidente convoca il CdA, ne coordina i lavori e provvede affinché adeguate informazioni sulle materie iscritte all'ordine del giorno vengano fornite a tutti i consiglieri. Al Presidente è altresì demandato di vigilare che la gestione, al di là dei risultati economici e di bilancio, sia qualitativamente tale da generare continuità di risultati, tutela delle risorse e del patrimonio, conformità rispetto alla mission della Fondazione.

Direttore Generale: 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 è responsabile della gestione della Fondazione e delle strutture al medesimo afferenti e sovrintende all'organizzazione, al funzionamento dell'Ente e di ogni sua articolazione coordinandone e monitorandone tutte le attività operative e progettuali in funzione della realizzazione dei piani stabiliti dal Consiglio di Amministrazione. A tale scopo è titolare dei poteri stabiliti dal Consiglio di Amministrazione. È inoltre responsabile dell'attuazione e del coordinamento del Sistema di Controllo Interno e Gestione Rischi le cui linee di indirizzo sono definite dall'Organo amministrativo.

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.

Comitato Controllo e Rischi: supporta, 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 e di internal auditing, nonché a quelle relative all'approvazione dei bilanci e delle relazioni gestionali periodiche.

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.

Comitato Etico: costituito come organismo multidisciplinare indipendente è composto da personale sanitario e non, che opera nel campo della ricerca biomedica e dell'assistenza sanitaria. 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, dispositivi 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. La Fondazione, grazie all'attività del Comitato Etico, 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.

Comitato Scientifico: supporta il Direttore Scientifico, fornisce indicazioni e indirizzi relativamente alla attività di ricerca della Fondazione e si compone da membri di diritto e membri di nomina, indicati dal Consiglio di Amministrazione.

Società di Revisione: è incaricata dal Consiglio di Amministrazione, su indicazione congiunta dei Fondatori, per svolgimento del controllo contabile e per la certificazione del bilancio d'esercizio, su base individuale e consolidata.

Internal Audit e Compliance: funzione autonoma rispetto a quelle operative, riporta gerarchicamente al Presidente della Fondazione e funzionalmente al CdA e al CCR e svolge le proprie attività di assurance e consulenza per tutta la Fondazione, le società controllate e per eventuali strutture collegate e convenzionate sulla base di specifici accordi di servizio.

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

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

Il Sistema di Controllo Interno

Nella predisposizione del Modello, la Fondazione ha tenuto conto del proprio Sistema di Controllo Interno per verificare la capacità dello stesso nel prevenire le fattispecie reato presupposto potenzialmente rilevanti per l'Ente.

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 verifiche svolte dalle stesse strutture che gestiscono le attività.

Controlli di secondo livello - o controlli sulla gestione dei rischi - sono finalizzati ad assicurare la corretta attuazione del processo di gestione dei rischi, il rispetto dei limiti operativi, la conformità alle norme dell'operatività aziendali inerenti la gestione dei rischi nel senso più ampio del termine. In FPG tali controlli sono affidati a Unità Organizzative diverse da quelle operative quali a titolo esemplificativo e non esaustivo il Risk Management, il Controllo di Gestione, Qualità e Accreditamento, il DPO ed il RSPP.

Controlli di terzo livello sono finalizzati alla valutazione e alla verifica sistematica ed indipendente della completezza, della funzionalità e dell'adeguatezza del sistema di controllo interno e sono affidati alla funzione Internal Audit e Compliance. La funzione Internal Audit e Compliance supporta l'Organismo di Vigilanza nel monitoraggio dell'efficace attuazione e sul rispetto delle prescrizioni contenute nel Modello e nel Codice Etico.

Il Sistema di controllo Interno della Fondazione è orientato a garantire, con ragionevole certezza, il raggiungimento degli obiettivi strategici, operativi, di reporting e di conformità con le normative applicabili interne ed esterne e risulta costituito dai seguenti elementi:

- integrità e valori che ispirano l'agire quotidiano dell'intero Ente, esprimendo altresì lo stile del CdA e della Direzione 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, 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 previsto dal sistema di gestione procedurale dell'Ente;
- sistemi informativi idonei a supportare i processi aziendali e a garantire l'esecuzione di controlli automatici e la predisposizione di report per il monitoraggio delle Aree sensibili
- 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.

Tutti i Destinatari, nell'ambito delle proprie funzioni, sono responsabili della definizione e del corretto funzionamento del Sistema di Controllo Interno realizzato attraverso la sistematica individuazione ed il monitoraggio dei processi di propria competenza.

Più in generale, ogni risorsa 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 eventuali carenze riscontrate.

La responsabilità in ordine alla verifica sulla corretta esecuzione dei controlli individuati nel

Modello a presidio di ciascuna Area Sensibile è attribuita ai Responsabili delle UO e delle funzioni di controllo di secondo livello.

2.2 FINALITÀ, ELEMENTI COSTITUTIVI DEL MODELLO E METODOLOGIA ADOTTATA

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 del proprio Personale.

A tal fine l'Ente provvede a garantire l'adeguatezza, l'effettività ed il costante aggiornamento del proprio Sistema di Controllo Interno.

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

- diffondere una cultura improntata alla legalità, nella consapevolezza dell'espressa riprovazione da parte dell'Ente di ogni comportamento contrario alla legge, ai regolamenti, alle disposizioni interne e, in particolare, alle prescrizioni contenute nel presente Modello e nel Codice Etico;
- contrastare, grazie ad un sistema di presidi di controllo e a una costante azione di monitoraggio sulla corretta attuazione di tale sistema 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 possa derivare l'applicazione di significative misure sanzionatorie anche a carico della Fondazione;
- 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.

Il Modello di FPG rappresenta un elemento essenziale del Sistema di Controllo Interno complessivo, specificamente rivolto alla prevenzione dei reati richiamati dal Decreto.

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 e aggiornate da Confindustria (di seguito "Linee Guida").

Sulla base delle indicazioni contenute nel Decreto e nelle Linee Guida, la Fondazione ha sviluppato il proprio Modello attraverso le seguenti fasi i cui deliverable ne rappresentano elementi essenziali:

- analisi del contesto in cui sono stati valutati organigrammi, deliberazioni e relazioni degli Organi amministrativi e di controllo con riguardo all'assetto di corporate governance attuale, al corpo normativo interno ed al sistema delle deleghe e procure;

- mappatura, attraverso interviste con il personale apicale e direttivo, delle Aree sensibili con individuazione di modalità esemplificative di realizzazione dei reati presupposto rilevanti;
- autovalutazione da parte del senior management del sistema di controllo interno e del rischio di commissione dei reati presupposto, inerente e residuo, associato a ciascuna Area sensibile;
- individuazione delle Aree sensibili che necessitano interventi di integrazione e/o miglioramento nei presidi di controllo e conseguente definizione delle azioni correttive da intraprendere (Gap Analysis). Tale attività, pur essendo strumentale all'effettiva applicazione del Modello, non è parte integrante dello stesso;
- previsione di specifici presidi diretti a regolamentare espressamente la formazione e l'attuazione delle decisioni della Fondazione, al fine di fornire indicazioni puntuali sul sistema di controlli preventivi in relazione alle singole fattispecie di Illecito amministrativo da prevenire;
- nomina di un Organismo di Vigilanza al quale sono attribuiti specifici compiti di monitoraggio sull'efficace attuazione ed effettiva applicazione del Modello ai sensi dell'art. 6, punto b), del Decreto;
- definizione e applicazione di un sistema sanzionatorio idoneo a garantire l'effettività del Modello;
- 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.

La prima edizione del Modello è stata adottata dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione con delibera del 21 luglio 2015.

Successivamente si è provveduto ad effettuare una costante attività di aggiornamento al fine di:

- integrare i contenuti del Modello a seguito dei vari interventi legislativi che hanno introdotto nuove categorie di reati-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;
- recepire l'evoluzione delle *best practices* e delle Linee Guida di riferimento.

La Fondazione ottempera inoltre, con l'adozione del proprio Modello e del Codice Etico, ai dettami del Decreto n. U00183 del 9 maggio 2013 della Regione Lazio, applicabile agli enti soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie ai fini dell'accreditamento, in materia di adempimenti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e di codici comportamentali.

2.3 DESTINATARI

Sono Destinatari del Modello i Componenti degli organi sociali, i Dipendenti e i Collaboratori della Fondazione, il Personale in distacco presso la Fondazione o che opera presso la Fondazione in base a convenzione (i.e. medici in specializzazione). Sono altresì Destinatari Consulenti, Fornitori della Fondazione, nonché tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi dell'Ente le cui prestazioni o servizi siano direttamente riconducibili ad un'Attività sensibile.

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 contrattuali instaurati con la Fondazione.

2.4 CODICE ETICO E MODELLO

La Fondazione, determinata a improntare lo svolgimento delle attività istituzionali al rispetto della legalità e dei propri valori fondanti, ha adottato il Codice Etico in cui sono sancite le regole deontologiche che l'Ente 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 al contenimento di condotte non conformi poste in essere dai Destinatari e pertanto assume valenza anche ai fini della conformità al D.Lgs 231/2001.

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

2.5 PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO E PRESID GENERALI DI CONTROLLO

Per tutte le Aree sensibili si intendono validi i seguenti principi generali di comportamento:

- non effettuare pagamenti illeciti ovvero offrire o promettere beni, servizi, prestazioni, somme di denaro, altre utilità non dovuti (ad es. assunzioni, assegnazione di incarichi consulenziali, etc.) a esponenti della Pubblica Amministrazione o di terze parti per ottenere un indebito vantaggio;
- non abusare, in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio, dei propri poteri costringendo o inducendo taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro od altra utilità anche per garantire trattamenti più favorevoli a pazienti o terze parti;

- astenersi da condotte discriminatorie nell'erogazione dei servizi della Società avvantaggiando indebitamente esponenti della Pubblica Amministrazioni, persone fisiche e terze parti;
- non fornire, redigere o consegnare ad esponenti della Pubblica Amministrazioni, pazienti, persone fisiche e terze parti dichiarazioni, dati o documenti in genere aventi contenuti inesatti, errati, incompleti, lacunosi e/o falsi al fine di ottenere indebiti vantaggi (ad es. certificazioni, permessi, autorizzazioni e/o licenze di qualsivoglia genere o specie, o conseguire erogazioni pubbliche, contributi o finanziamenti agevolati);
- non utilizzare i fondi acquisiti dalla Pubblica Amministrazione per scopi diversi da quelli a cui sono stati destinati;
- garantire la massima correttezza e le pari opportunità nella selezione, nella crescita professionale, negli avanzamenti di carriera e nei processi di incentivazione del personale della Società;
- assicurare condotte improntate alla massima trasparenza, correttezza e collaborazione nei confronti dell'Autorità Giudiziaria;
- non ostacolare o occultare notizie ed informazioni rilevanti a enti pubblici, organi e funzioni di vigilanza o controllo (ad esempio Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, ASL, Collegio dei Revisori, Società di Revisione, Comitato Controllo e Rischi, Organismo di Vigilanza, Internal Audit);
- non erogare prestazioni non necessarie o in regime diverso da quello previsto dalle normative applicabili, nonché fatturare prestazioni non erogate o rendicontare impropriamente i servizi resi al fine di ottenere un indebito vantaggio (ad esempio utilizzare DRG più remunerativi);
- gestire le cartelle cliniche e altra documentazione relativa al processo di diagnosi e cura in conformità ai requisiti di legge, garantendo tracciabilità, chiarezza, accuratezza, appropriatezza e veridicità delle registrazioni;
- condurre attività di ricerca in conformità con i valori etici della Fondazione e garantire la veridicità dei risultati delle attività scientifiche evitando ogni forma di falsificazione, fabbricazione e plagio;
- effettuare gli adempimenti nei confronti della Pubblica Amministrazione con la massima diligenza e professionalità in modo da fornire informazioni chiare, accurate, complete, fedeli e veritiere evitando e comunque segnalando, nella forma e nei modi idonei, situazioni di conflitto di interesse;
- non alterare il funzionamento di sistemi telematici pubblici e privati ovvero modificare dati in essi contenuti natura certificativa e/o aventi efficacia probatoria;
- assicurare la veridicità, trasparenza e completezza di tutte le informazioni, contabili e gestionali, presenti nei sistemi informatici aziendali nonché garantire la documentabilità e tracciabilità di ogni prestazione ricevuta e resa;

- astenersi dall'utilizzo degli strumenti ed applicativi informatici e dei beni assegnati per finalità illecite o non conformi alle procedure aziendali;
- attenersi alle norme comportamentali disciplinate dal Regolamento per la sicurezza e salute sul lavoro in vigore presso la Società e alla normativa applicabile;
- sottoporsi ai controlli sanitari previsti nel rispetto della periodicità prevista e utilizzare i dispositivi di protezione individuale e collettiva;
- partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro e degli adempimenti ambientali;
- non utilizzare illecitamente materiale tutelato dall'altrui diritto d'autore;
- promuovere il corretto uso di tutte le opere dell'ingegno, compresi i programmi per elaboratore e le banche di dati;
- assumere il personale sulla base di un regolare contratto di lavoro, valutate le competenze specifiche attraverso un processo di selezione tracciabile e imparziali; in tale contesto la Fondazione si impegna a non assumere lavoratori extracomunitari privi di permesso di soggiorno o il cui permesso di soggiorno sia scaduto e per il quale non sia richiesto il rinnovo, revocato o annullato o conferire incarichi ad appaltatori e/o subappaltatori che si avvalgano di dipendenti stranieri privi di permesso di soggiorno regolare;
- non fornire in alcun modo, direttamente o indirettamente, fondi a favore di soggetti che intendano porre in essere reati di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico;
- segnalare alle autorità di pubblica sicurezza, nei casi previsti dalla legge, i dati dei pazienti acquisiti in fase di accettazione amministrativa;
- non rappresentare o trasmettere per l'elaborazione e la predisposizione dei bilanci, relazioni e prospetti o altre comunicazioni sociali, dati falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà, sulla situazione economica, patrimoniale o finanziaria della Società;
- non porre in essere comportamenti che impediscano materialmente, mediante l'occultamento di documenti o l'uso di altri mezzi fraudolenti, o che comunque ostacolino lo svolgimento dell'attività di controllo e di revisione da parte del Collegio dei Revisori dei Conti o della Società di revisione;
- non porre in essere da parte di amministratori di operazioni societarie, in violazione delle disposizioni di legge a tutela dei creditori, provocando ad essi un danno;
- predisporre le comunicazioni e le segnalazioni dirette agli organi di controllo nel rispetto dei principi di completezza, integrità, oggettività e trasparenza;
- rispettare le normative nazionali e internazionali in materia di tutela dell'ambiente, nonché i regolamenti e le procedure emessi dalle Autorità competenti e dalla Società in materia ambientale;
- gli incarichi a consulenti esterni o professionisti sono sempre motivati e vengono assegnati sulla base di requisiti di professionalità, indipendenza e competenza;
- i risultati delle attività di consulenza devono sempre essere tracciati;

- astenersi dall'accettare o restituire immediatamente omaggi e regalie se non di modica entità dandone informativa al proprio responsabile e all'Organismo di Vigilanza
- l'Organismo di Vigilanza verifica che le procedure operative aziendali relative alle attività sensibili, e che costituiscono parte integrante del Modello, diano piena attuazione ai presidi specifici di controllo riportati nelle Parti Speciali e che le stesse siano costantemente aggiornate, anche su proposta dell'Organismo stesso, al fine di garantire il raggiungimento delle finalità del Modello.

Sono inoltre applicabili i seguenti presidi generali di controllo:

- predisposizione e diffusione di un Codice Etico contenente regole di condotta di carattere generale che i Destinatari devono osservare nello svolgimento delle loro attività professionali. Nel Codice Etico sono, inoltre, previste prescrizioni comportamentali specifiche riferibili alle diverse Parti Speciali del Modello;
- definizione e comunicazione interna di ruoli e responsabilità gestionali e di controllo a tutti i livelli dell'organizzazione, (ad esempio in organigrammi, job description, mansionari, funzionigrammi, modelli gestionali, etc.) e descrizione delle attività proprie di ciascuna UO e dei relativi livelli di dipendenza gerarchica e funzionale;
- definizione di un documento interno in cui vengono descritte le modalità di predisposizione, aggiornamento e autorizzazione del corpo procedurale dell'Ente, nonché le modalità di diffusione e formazione dello stesso.
- formalizzazione delle procedure relative alle Aree sensibili con chiara definizione di ruoli e responsabilità operative e di controllo nonché descrizione delle modalità di effettuazione delle verifiche di primo e secondo livello;
- per tutte le attività sensibili sono implementati ed attuati specifici presidi di controllo ed è individuato, quale Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione, salvo diversa indicazione, il Responsabile della funzione competente per la gestione dell'operazione a rischio considerata. Il Responsabile interno:
 - può chiedere informazioni e chiarimenti a tutte le funzioni aziendali o ai singoli soggetti che si occupano o si sono occupati dell'operazione a rischio;
 - è tenuto ad informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza di qualunque criticità riscontra
 - è tenuto a informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza in tutti i casi di inefficacia, inadeguatezza o difficoltà di attuazione del Modello e dei relativi protocolli attuazione;
 - può richiedere chiarimenti all'Organismo di Vigilanza in merito agli obiettivi e alle modalità di prevenzione previste dal Modello;
- segregazione di funzioni a livello organizzativo;
- segregazione di funzioni a livello applicativo per assicurare che la profilazione degli accessi ai Sistemi Informativi sia coerente con il ruolo e le responsabilità assegnate al Personale della Fondazione;
- formalizzazione del sistema di deleghe interne e procure in coerenza con le responsabilità attribuite al Personale della Fondazione;
- identificazione dei soggetti titolati ad intrattenere, in virtù delle funzioni rivestite ed in via ordinaria, rapporti con la Pubblica Amministrazione;

- previsione di un sistema di pubblicità dei poteri interni ed esterni e di modalità di assegnazione e revoca di detti poteri;
- definizioni di limiti per importo e natura nei poteri di spesa e previsione di firme congiunte per la finalizzazione di specifiche transazioni;
- previsioni di controlli compensativi in caso di parziale o totale disapplicazione del principio di segregazione funzionale e di limitazione dei poteri di spesa;
- tracciabilità anche informatica di tutte le attività operative e di controllo e di ogni processo autorizzativo e approvativo;
- archiviazione sistematica in formato digitale o cartaceo, in appositi spazi fisici o digitali ad accesso limitato, di ogni documento rilevante, specie con riferimento alle Aree sensibili;
- previsione di un sistema autorizzativo integrativo ove si renda necessario apportare modifiche a dati e informazioni già validati dalla linea operativa (ad es. rettifiche di codifiche di ricoveri a seguito dei controlli interni della Direzione Sanitaria, etc.);
- utilizzo di applicativi gestionali e contabili integrati e orientati, oltre alla segregazione delle funzioni, anche alla protezione delle informazioni in essi contenute, all'effettuazione di controlli automatici e alla predisposizione di reportistica di monitoraggio;
- analisi tempestiva, da parte del vertice aziendale, degli scostamenti significativi tra dati gestionali consuntivi e di budget;
- definizione ed analisi tempestiva, da parte del vertice aziendale, dei conti gestionali che impattano sulle aree sensibili 231;
- previsioni di specifici controlli in ordine a potenziali conflitti di interessi e/o a operazioni con parti correlate poste in essere dal Personale della Fondazione;
- obbligo per i fornitori di beni, servizi ed opere, in particolare quelli che svolgono attività in outsourcing, di sottoscrivere condizioni generali di contratto o accordi che contengano specifiche clausole di garanzia 231 e consentano alla Fondazione di svolgere, anche senza preavviso, ispezioni sull'attività prestata o richiedere reportistica o documentazione inerente la fornitura pena la risoluzione del contratto.

SEZIONE TERZA

La presente sezione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo descrive i criteri di identificazione e nomina, i compiti e le funzioni dell'Organismo di Vigilanza nonché i canali di informazione e segnalazione istituiti dalla Fondazione.

3. ORGANISMO DI VIGILANZA

3.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

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.

L'Organismo di Vigilanza è nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Presidente della Fondazione. I componenti dell'Organismo di Vigilanza devono essere selezionati 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 società partecipate o gestite, anche di fatto, incarichi di tipo operativo;
 - essere coniuge, parente o affine entro il quarto grado degli amministratori di FPG o di società partecipate o gestite, 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 di monitoraggio e di garantire la professionalità dell'Organismo (oltre che, come già evidenziato, la sua autonomia), è attribuito allo stesso 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'OdV 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.

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

Eventuali componenti interni dell'OdV non possono, nella Fondazione e nelle o società partecipate o gestite, avere incarichi di natura operativa con particolare riferimento alle Aree Sensibili.

In ossequio alle prescrizioni del Decreto e agli orientamenti della giurisprudenza, il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto di istituire, a partire dal del 31.07.2015, un Organismo di Vigilanza di natura collegiale.

L'Organismo di Vigilanza può essere 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 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 nominati per integrare l'OdV permangono in carica fino alla naturale scadenza dello stesso.

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.

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»);
- 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 per qualunque causa del Presidente, la funzione è assunta dal membro più anziano, 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 Decreto attribuisce il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello all'OdV. A tale scopo l'Organismo, sulla base di una pianificazione annuale o pluriennale e con il supporto della Funzione di Controllo Interno di FPG o di consulenti esterni, monitora attraverso specifici audit le principali Aree sensibili individuate nel corso Risk Assessment 231. L'OdV può, inoltre, svolgere verifiche senza dare preventiva informativa alle funzioni aziendali interessate.

Oltre alle attività di audit formalizzate nel Piano periodico, l'Organismo di Vigilanza nel corso delle proprie adunanze svolge delle audizioni con il personale apicale e direttivo della Fondazione al fine di ricevere dettagliate informative su tematiche di rilevanza 231.

L'Organismo, infine, è destinatario di un sistema di Flussi Informativi e Segnalazioni per poter orientare in modo mirato, o riorientare se necessario, gli ambiti di verifica ed indagare eventuali condotte potenzialmente in contrasto con le prescrizioni del Modello e dei relativi protocolli attuativi.

L'Organismo vigila anche sull'efficacia e l'adeguatezza nel tempo del Modello, al fine di prevenire il verificarsi di reati.

In tale prospettiva l'OdV ha il compito di sollecitare il Consiglio di Amministrazione nelle attività di aggiornamento del Modello che si rendano necessarie per variazioni intervenute nella struttura organizzativa o per l'introduzione di nuovi reati presupposto nel Decreto.

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.

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.

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.

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 invitato a riferire in qualsiasi momento dal Consiglio di Amministrazione e dal Collegio dei Revisori per relazionare in merito al funzionamento e all'osservanza del Modello o a situazioni specifiche; viceversa, l'OdV può chiedere in qualsiasi momento al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio dei Revisori di essere informato in merito a situazioni od eventi che abbiano un impatto significativo sull'attuazione del Modello.

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, necessarie per soddisfare le esigenze conoscitive dell'OdV ai sensi della previsione normativa ossia:

- Flussi Informativi ad hoc o ad evento;
- Flussi Informativi standard;
- Schede attestative.

I Flussi Informativi ad hoc o ad evento sono informazioni relative ad "eventi" che le Unità Organizzative, per competenza, devono trasmettere obbligatoriamente ed immediatamente all'OdV tramite apposita modulistica. A titolo esemplificativo ma non esaustivo, sono flussi ad hoc o ad evento informazioni relative a:

- 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 statuari 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 Informativi ad hoc sopra elencati, è, altresì destinatario di Flussi Informativi periodici quali ad esempio:

- 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 Compliance e singoli Rapporti di Audit;
- Report elaborato dall’Internal Audit sui KPI e/o indicatori di rischio 231.

Gli obblighi di trasmettere i Flussi Informativi ad hoc e periodici gravano rispettivamente sulle Unità Organizzate competenti per materia e alla Funzione di Controllo Interno.

Inoltre, semestralmente, l'OdV è destinatario da parte dei Responsabili delle UO che gestiscono le Aree sensibili di un'autodichiarazione – cd. Schede flussi - in cui gli stessi certificano la corretta applicazione dei principi generali di comportamento, dei presidi generali di controllo e dei presidi di controllo specifici e formalizzano, in caso di parziale o totale disapplicazione di detti principi e presidi, un apposito piano di mitigazione.

Tutte le informazioni, la documentazione 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.

Infine, l'OdV è destinatario di informativa puntuale da parte delle società controllate in relazione alla nomina, alla composizione e ad ogni variazione nei relativi Organismi di Vigilanza da cui riceve le relazioni periodiche predisposte per i rispettivi Consigli di Amministrazione e gli organi di controllo statutario.

3.6 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DISCIPLINA IN MATERIA DI WHISTLEBLOWING

Segnalazioni dei Reati presupposto e violazioni del Modello e dei relativi protocolli attuativi

I Destinatari sono tenuti a segnalare, attraverso i canali dettagliati nel presente paragrafo, la commissione o il tentativo di commissione di Reati presupposto all'interno della Fondazione nonché pratiche non conformi con le prescrizioni contenute nel Modello, nel Codice Etico e nei protocolli attuativi.

I Segnalanti in buona fede devono essere garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione e, in ogni caso, sarà assicurata la riservatezza della loro identità, 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 dalla Fondazione e disciplinati tramite appositi protocolli, i seguenti canali di comunicazione con l'Organismo di Vigilanza per la gestione delle Segnalazioni:

- una piattaforma informatica di whistleblowing accessibile dal sito istituzionale e dalla rete intranet;

- 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 e Compliance, Largo Agostino Gemelli 8 – 00168 Roma".

Per tutti i canali adottati, la Fondazione ha definito misure organizzative ed informatiche atte a garantire la massima sicurezza e la riservatezza del Segnalante e dei contenuti della Segnalazione stessa.

La disciplina in materia di whistleblowing

La Legge 30 novembre 2017, n. 179, recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", disciplina la tutela del Segnalante che comunichi 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 già specificato in precedenza, la Fondazione si impegna a tutelare il Segnalante di un illecito o di un'irregolarità commessi sul luogo di lavoro con l'obiettivo di ottenere informazioni utili a prevenire o a sanzionare eventuali condotte non conformi. A tal fine la Fondazione ha predisposto ed adottato procedure interne volte a incentivare le Segnalazioni e a tutelare contestualmente 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 sanzionatorie 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 lo 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 grave Segnalazioni che si rivelino infondate.

In ogni caso, considerato che lo spirito della norma è quello di incentivare la collaborazione dei Destinatori, 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.

L'Organismo di Vigilanza tutte le Segnalazioni pervenute attraverso i canali adottati dalla Fondazione, trasmettendo le comunicazioni non aventi rilevanza 231 alle Direzioni competenti. Con riferimento alle Segnalazioni potenzialmente rilevanti a fini 231, l'OdV può svolgere, attraverso audizioni e analisi documentale, ogni fase dell'accertamento in via autonoma ovvero può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali. Al termine della fase istruttoria potrà proporre l'archiviazione della Segnalazione ovvero richiedere una sanzione disciplinare per il soggetto segnalato la cui gestione resta in ogni caso sotto la diretta responsabilità del Datore di Lavoro.

SEZIONE QUARTA

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

4. SISTEMA DISCIPLINARE

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 dello 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.

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 sono diversificate tenuto conto del grado di imprudenza, imperizia, negligenza, colpa o dell'intenzionalità del comportamento relativo all'azione/omissione, 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.

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 attinenti;
- 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;

nonché 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;
- effettuazione, con dolo o colpa grave, di Segnalazioni infondate all'OdV rese al solo scopo di portare discredito al "segnalato";
- 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.

Sanzioni per i lavoratori dipendenti

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, con riguardo sia alle sanzioni comminabili sia alle modalità di esercizio del potere disciplinare.

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 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 A. 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 UCSC in distacco presso FPG si applicano le prescrizioni in materia previste nella convenzione che regola i rapporti tra i due enti.

Per il Personale in distacco non UCSC e i Collaboratori ai quali si applicano contratti diversi da quelli di lavoro dipendente, 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, può applicarsi la sospensione della collaborazione o del rapporto in essere.

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.

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 incombeni previsti dalla legge, dandone comunicazione al soggetto cui compete statutariamente il potere di nomina.

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 dello stesso, 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, di norma, la revoca dell'incarico.

Misure nei confronti di Fornitori e Consulenti

La violazione da parte di Fornitori e Consulenti delle norme previste dal Decreto e/o del Codice Etico, nonché 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, incluso lo stesso OdV, al Direttore Generale. Se il Direttore Generale, dopo gli accertamenti del caso, ritiene che la denuncia sia fondata ordina l'immediata risoluzione del contratto e ne dà notizia all'Organismo di Vigilanza. 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.

SEZIONE QUINTA

5. LE MODALITÀ DI DIFFUSIONE, COMUNICAZIONE DEL MODELLO E I RELATIVI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

La conoscenza effettiva dei contenuti del Modello da parte dei Destinatari è condizione necessaria per assicurarne l'efficacia e la corretta funzionalità. A tal fine, l'adozione del Modello, nonché delle relative integrazioni e/o modifiche, è comunicata a tutte le risorse presenti nell'Ente immediatamente dopo la delibera consiliare di approvazione.

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 della intranet; 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 previsioni contenute nel Modello mediante una specifica attività di formazione e di aggiornamento del Personale.

La partecipazione ai programmi di formazione sul Modello, la cui organizzazione è demandata alla Direzione Risorse Umane, è obbligatoria; il controllo sulla frequenza, sui contenuti del training e sul grado di partecipazione del Personale è effettuato dall'Organismo di Vigilanza.

La formazione ha l'obiettivo di diffondere tra il Personale la conoscenza dei reati, le fattispecie potenzialmente configurabili nella concreta attività lavorativa, 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.

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

La Fondazione provvede a divulgare e a rendere disponibile a Clienti, Fornitori e Consulenti le regole di condotta contenute nel Modello e nel Codice Etico dell'Ente; 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.

SEZIONE SESTA

6. IL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

L'adozione del Modello costituisce per espressa previsione legislativa una responsabilità del Consiglio di Amministrazione la cui efficace attuazione è delegata alla Direzione Generale. L'efficacia del Modello è garantita dalla costante attività di aggiornamento, intesa sia come integrazione sia come modifica delle parti che lo costituiscono.

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) o di mutamenti rilevanti nel business e nell'organizzazione (es. introduzione di nuovi ambiti di operatività) nonché in caso di 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.

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 organizzativo 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 dalle funzioni dallo stesso delegate.



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Largo Agostino Gemelli, 8 | 00168 Roma
www.policlinicogemelli.it