

# Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore



PARTE  
GENERALE

# INDICE

---

<b>1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001</b>	<b>3</b>
1. Il Decreto Legislativo 231/2001.....	3
1.1 La Responsabilità amministrativa degli enti.....	3
1.2 I reati previsti dal Decreto.....	4
1.3 Le sanzioni previste dal Decreto.....	5
1.4 Condizione esimente della Responsabilità amministrativa.....	5
1.5 Le vicende modificative dell'ente.....	6
1.6 I reati commessi all'estero.....	7
<b>2. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO</b>	<b>8</b>
2.1 La Fondazione e il sistema di controllo interno.....	8
2.2 Finalità ed elementi costitutivi del Modello.....	12
2.3 Destinatari.....	13
2.4 Codice Etico e Modello.....	14
2.5 Gli aspetti metodologici del processo di predisposizione ed aggiornamento del Modello.....	14
2.6 Principi e presidi generali di controllo interno.....	15
<b>3. ORGANISMO DI VIGILANZA</b>	<b>17</b>
3.1 Identificazione dell'Organismo di Vigilanza.....	17
3.2 Cause di ineleggibilità, decadenza e revoca dell'Organismo di Vigilanza.....	18
3.3 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza.....	19
3.4 Reporting dell'Organismo di Vigilanza nei confronti degli Organi della Fondazione.....	19
3.5 Flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.....	20
<b>4. SISTEMA DISCIPLINARE</b>	<b>21</b>
4.1 Premessa.....	21
4.2 Sanzioni per i lavoratori dipendenti.....	21
4.3 Sanzioni nei confronti dei Dirigenti.....	22
4.4 Misure nei confronti degli Amministratori e dei membri del Collegio dei Revisori.....	23
4.5 Misure nei confronti dei membri dell'OdV.....	23
4.6 Misure nei confronti di Fornitori, Collaboratori e Consulenti.....	23
<b>5. INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E DIFFUSIONE DEL MODELLO</b>	<b>24</b>
<b>6. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO</b>	<b>25</b>

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



## Introduzione del Decreto Legislativo 231/2001

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

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

## 1. IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001

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

### 1.1 La Responsabilità amministrativa degli enti

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

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



Il Decreto stabilisce che:

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

- a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Legale Rappresentante, il Direttore Generale, i Direttori e i Responsabili di UO (c.d. apicali, di cui all'art. 5 lettera a));
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a). Appartengono a questa categoria i Dipendenti e i Collaboratori e quei soggetti che, pur non facendo parte del Personale, hanno una mansione da compiere sotto la direzione ed il controllo di soggetti apicali. Tra i soggetti esterni interessati, oltre ai Collaboratori, vi sono anche i Consulenti, che su mandato dell'ente compiono attività in suo nome. Rilevanti sono, infine, anche i mandati o i rapporti contrattuali con soggetti non appartenenti al Personale dell'ente, sempre nel caso in cui questi soggetti agiscano in nome, per conto o nell'interesse dell'ente stesso (c.d. soggetti subordinati, di cui all'art. 5 lettera b)).

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

Oltre all'esistenza degli elementi oggettivi sopra descritti, il D.Lgs. 231/2001 richiede an-

che l'esistenza di un elemento soggettivo, che consiste nell'accertamento della colpevolezza dell'ente, al fine di poterne affermare la responsabilità. Tale requisito è in definitiva riconducibile ad una "colpa di organizzazione", da intendersi quale mancata adozione, da parte dell'ente, di misure preventive adeguate a prevenire la commissione dei reati elencati al successivo paragrafo, da parte dei soggetti individuati nel Decreto.

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

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

## 1.2 I reati previsti dal Decreto

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



Si elencano di seguito le categorie di reato attualmente ricomprese dal D.Lgs. 231/2001, rimandando all'Allegato 3 del presente documento "Catalogo Reati 231 e relative sanzioni" del presente documento per il dettaglio delle singole fattispecie di reato-presupposto incluse in ciascuna categoria (nelle parentesi sono indicati gli articoli del Decreto):

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



### Le sanzioni interdittive

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.

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. reati transnazionali (art. 10 L. n. 146/2006).

### 1.3 Le sanzioni previste dal Decreto

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



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

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



### Onere della prova

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

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

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

## 1.4 Condizione esimente della Responsabilità amministrativa



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

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

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

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

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

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

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

- una verifica periodica 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.

## Articoli 28 - 33

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



### Condotte criminose avvenute solo in parte in Italia

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

## 1.5 Le vicende modificative dell'ente

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

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

Nel caso di scissione, resta ferma la responsabilità dell'ente scisso per i reati commessi anteriormente alla data in cui la scissione ha avuto effetto e gli enti beneficiari della scissione sono solidalmente obbligati al pagamento delle sanzioni pecuniarie inflitte all'ente scisso nei limiti del valore del patrimonio netto trasferito ad ogni singolo ente, salvo che si tratti di ente al quale è stato trasferito anche in parte il ramo di attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato; le sanzioni interdittive si applicano all'ente (o agli enti) in cui sia rimasto o confluito il ramo d'attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato. Se la scissione è avvenuta prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il Giudice dovrà tenere conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dalla fusione.

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

## 1.6 I reati commessi all'estero

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

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

Tali regole riguardano i reati commessi interamente all'estero da soggetti apicali o sottoposti.

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

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

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

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

L'Ente gestisce il Policlinico Universitario Agostino Gemelli e altre eventuali strutture o aziende sanitarie, 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, e 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 specifici accordi 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 organizzativa svolgendo l'attività nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e trasparenza, assicurando la sostenibilità e l'equilibrio economico della gestione.

### Il sistema di corporate governance e l'organizzazione



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

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

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

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



#### Internal Audit

La funzione di Internal Audit, che risponde al Presidente della Fondazione ed è gerarchicamente autonoma rispetto a quelle operative, effettua le valutazioni sul sistema di controllo interno e supporta l'azione di governance del CdA.

#### Organigrammi

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



---

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

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

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

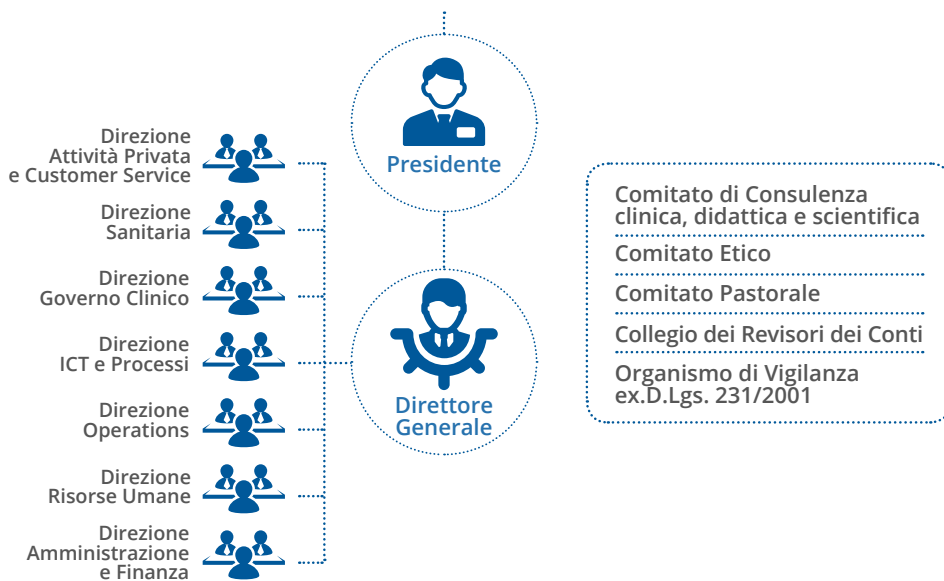
Il **Comitato di consulenza clinica, didattica e scientifica** svolge un'attività consultiva di supporto tecnico all'azione del Direttore Generale e alle scelte degli Organi competenti in relazione agli aspetti organizzativi e gestionali, clinici, scientifici e di integrazione didattica in base alle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

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

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

Le modalità operative degli Organi sono esaustivamente dettagliate nei Regolamenti della Fondazione.

## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE



### Obiettivi del sistema di controllo interno

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

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

### Il sistema di controllo interno

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



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

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

**Controlli di secondo livello** - o controlli sulla gestione dei rischi - inerenti la gestione dei rischi nel senso più ampio del termine. Tali controlli presidiano il processo di individuazione, valutazione, gestione e controllo dei rischi legati all'operatività, garantendone la coerenza rispetto agli obiettivi aziendali e prevedendo l'applicazione di criteri di segregazione che consentano un efficace monitoraggio. Alcune tipiche funzioni/ Direzioni aziendali che curano tali attività sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle coinvolte nelle attività di: risk management, controllo di gestione, qualità e accreditamento, supervisione dell'attività di codifica delle cartelle cliniche ed invio dei relativi flussi informativi alla Pubblica Amministrazione, gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

**Controlli di terzo livello** - Internal Audit - sono finalizzati alla valutazione e verifica pe-

## Internal Audit e Organismo di Vigilanza

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

## Ruolo dei Destinatari nel SCI

Tutti i Destinatari, nell'ambito delle funzioni svolte, sono responsabili della definizione e del corretto funzionamento del sistema di controllo attraverso i controlli di linea, costituiti dall'insieme delle attività di controllo che i singoli uffici svolgono sui loro processi. Più in generale, ogni Persona che fa parte della Fondazione è parte integrante del sistema di controllo interno ed ha il dovere di contribuire al suo corretto funzionamento, nonché di segnalare al proprio responsabile le eventuali carenze riscontrate nel sistema dei controlli.

riodica della completezza, della funzionalità e dell'adeguatezza del sistema di controllo interno. La funzione Internal Audit, attraverso lo svolgimento dei compiti ad essa attribuiti, fornisce l'assurance complessiva sul disegno e sul funzionamento del suddetto sistema di controllo interno attraverso valutazioni indipendenti.

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

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



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

In ogni caso, fermo restando quanto sopra definito per i Destinatari, circa l'applicazione del Modello, vale un principio generale di corresponsabilità nell'esecuzione e monitoraggio dei controlli implementati nell'ambito dei processi sensibili. Ciò si traduce nell'estensione della responsabilità sull'esecuzione dei controlli a partire dai Direttori delle Direzioni Aziendali, ai Direttori di Polo, ai Direttori di Area, ai Responsabili di UO Complessa, ai Responsabili di UO Semplice e a tutte le altre Persone che hanno una delega formale. Ciascuno, per gli atti di propria competenza, è responsabile di vigilare sulla corretta esecuzione dei controlli nell'ambito dello svolgimento delle attività cui è preposto.

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

Inoltre, con riferimento al personale in formazione, i tutor - in conformità con quanto definito da norme interne ed esterne - assumono un ruolo di supervisione e garanzia sull'adde- renza del comportamento del suddetto personale a quanto previsto dal Modello.

## Linee guida per la costruzione dei Modelli

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

## 2.2 Finalità ed elementi costitutivi del Modello

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



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

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

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

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

- mappatura delle aree di Attività a rischio-reato e delle Attività sensibili, con esempi di possibili modalità di realizzazione dei reati, e delle Aree a rischio potenzialmente associabili alla commissione dei reati richiamati dal Decreto, da sottoporre, pertanto, ad analisi e monitoraggio periodico;
- svolgimento, nell'ambito della fase di gap analysis, di un'attività di rilevazione delle aree che necessitano interventi di integrazione e/o miglioramento nel sistema dei controlli e conseguente definizione delle azioni correttive da intraprendere;
- previsione di specifici presidi di controllo relativi alle aree a rischio strumentali/funzionali alla potenziale commissione dei reati previsti dal Decreto, diretti a regolamentare espressamente la formazione e l'attuazione delle decisioni della Fondazione, al

fine di fornire indicazioni specifiche sul sistema di controlli preventivi in relazione alle singole fattispecie di illecito da prevenire;

- nomina di un Organismo di Vigilanza al quale sono attribuiti specifici compiti di vigilanza sull'efficace attuazione ed effettiva applicazione del Modello ai sensi dell'art. 6, punto b), del Decreto;
- attuazione di un sistema sanzionatorio idoneo a garantire l'effettività del Modello, contenente le disposizioni disciplinari applicabili in caso di mancato rispetto delle misure indicate nel Modello medesimo;
- svolgimento di un'attività di informazione, sensibilizzazione, divulgazione e formazione sui contenuti del Modello, nonché sulle regole comportamentali valide a tutti i livelli aziendali;
- modalità per l'adozione e l'effettiva applicazione del Modello nonché per le necessarie modifiche o integrazioni dello stesso (cfr. par. 6, "Aggiornamento del Modello").

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

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

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

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

### 2.3 Destinatari

Si considerano soggetti Destinatari delle prescrizioni del Modello, ai sensi del Decreto e nell'ambito delle rispettive competenze, i Componenti degli Organi sociali, il Management e i Dipendenti della Fondazione, gli Specializzandi, il Personale in distacco nonché tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi della Fondazione (anche "Destinatari").

Fornitori e Consulenti (tra cui coloro che operano in nome e per conto della Fondazione nella gestione dei rapporti con funzionari della Pubblica Amministrazione, Autorità Giudiziarie, ecc. ovvero nelle attività definite "a rischio"), e altri eventuali partner e controparti contrattuali sono tenuti al rispetto dei principi etici adottati dalla Fondazione attraverso la documentata presa visione del Codice Etico e/o tramite la sottoscrizione di apposite clausole contrattuali.

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

### 2.4 Codice Etico e Modello

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



## Gap Analysis

La fase di Gap Analysis è focalizzata sulla rilevazione e analisi dei presidi organizzativi e di controllo posti in essere dalla Fondazione nelle aree a rischio individuate, con la finalità di valutare la loro capacità di prevenire ovvero individuare situazioni di rischio e, in presenza di punti di debolezza, di proporre le necessarie azioni di miglioramento.

Particolare attenzione in questa fase è posta ai principi generali che caratterizzano un adeguato sistema di controllo interno, e in particolare:

- la verificabilità e la tracciabilità di ogni operazione rilevante, con riferimento sia al processo decisionario sia all'effettiva esecuzione dei controlli finalizzati alla prevenzione dei rischi individuati;
- il rispetto del principio di segregazione dei compiti.

In base alle indicazioni e alle risultanze della complessiva attività di analisi sopra delineata, le singole funzioni/Direzioni aziendali procedono alla progressiva evoluzione – previa valutazione dettagliata dei rischi individuati e in funzione delle politiche di gestione degli stessi – degli strumenti normativi relativi alle attività a rischio, in coerenza con il sistema normativo della Fondazione, potendosi avvalere anche del supporto della funzione Internal Audit.

Le risultanze della gap analysis sono portate anche all'attenzione dell'Organismo di Vigilanza.

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

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

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

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

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

Pertanto, deviazioni da parte dei Destinatari del Modello, ivi comprese le prescrizioni del Codice Etico, potranno essere oggetto di provvedimenti disciplinari e/o del ricorso alle clausole contrattuali di tutela dell'Ente.

## 2.5 Gli aspetti metodologici del processo di predisposizione e aggiornamento del Modello

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

Al fine di individuare il profilo di rischio della Fondazione viene svolta - dalla Direzione Generale con l'eventuale supporto del Gruppo di Lavoro sul Modello (GLM) - un'attività, rinnovata periodicamente, di individuazione delle aree a rischio (c.d. analisi dei rischi), in cui potrebbero, in linea di principio, configurarsi eventi rilevanti ai sensi del Decreto.

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

Successivamente, l'analisi prende in considerazione le attività aziendali sulla base di informazioni raccolte dai referenti aziendali (Responsabili delle Direzioni/funzioni organizzative) che, in ragione del ruolo ricoperto, risultano provvisti della più ampia, profonda e aggiornata conoscenza dell'operatività del settore di relativa competenza.

In particolare, l'individuazione delle aree/attività a rischio nell'ambito dei processi aziendali si basa sulla preliminare analisi:

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

I risultati delle sopra descritte attività alimentano la c.d. “Matrice aree a rischio-reato” (Allegato 2), che viene periodicamente sottoposta all'esame dell'OdV per la valutazione di eventuali esigenze di modifica e/o integrazione del Modello.

Il sistema di controlli preventivi esistenti nell'ambito delle attività a rischio individuate, viene analizzato anche al fine di valutarne l'idoneità in un'ottica di prevenzione dei rischi-reato e a far

emergere le aree di integrazione e/o miglioramento nel sistema dei controlli, definendo contestualmente le azioni da intraprendere, le tempistiche e gli owner delle singole azioni correttive, attraverso la fase di gap analysis.

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



A seguito delle più recenti analisi condotte sono stati individuati come rilevanti tutti i reati presupposto di cui al paragrafo 1.2 "I reati previsti dal Decreto", ad eccezione dei delitti contro l'industria e il commercio (art.25-bis.1 del Decreto) e dei reati di market abuse (art. 25-sexies del Decreto).

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



### Obblighi per i Fornitori

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

## 2.6 Principi e presidi generali di controllo interno

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

- esplicita formalizzazione delle norme comportamentali;
- chiara, formale e conoscibile descrizione ed individuazione delle attività, dei compiti e dei poteri attribuiti a ciascuna funzione/Direzione e alle diverse qualifiche e ruoli professionali;
- precisa descrizione delle attività di controllo e loro tracciabilità;
- adeguata segregazione di ruoli operativi e ruoli di controllo;
- sistemi informativi integrati e orientati, oltre alla segregazione delle funzioni, anche alla protezione delle informazioni in essi contenute, con riferimento sia ai sistemi gestionali e contabili che ai sistemi utilizzati a supporto delle attività operative connesse al business;
- formazione e attuazione delle decisioni della Fondazione rispondenti ai principi e alla prescrizioni contenute nelle disposizioni di legge, nello Statuto, nel Codice Etico e in ulteriore normativa interna.

## PRINCIPI E PRESIDI GENERALI DI CONTROLLO INTERNO

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

### 1. NORME COMPORTAMENTALI

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

### 2. DEFINIZIONI DI RUOLI E RESPONSABILITÀ

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

### 3. PROTOCOLLI E NORME INTERNE

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

### 4. SEGREGAZIONE DEI COMPITI

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

### 5. POTERI AUTORIZZATIVI E DI FIRMA

- a. È definito e formalizzato un sistema di deleghe all'interno del quale viene garantita una chiara identificazione ed una specifica assegnazione di poteri e limiti ai soggetti che operano impegnando l'impresa e manifestando la sua volontà.
- b. I poteri organizzativi e di firma (deleghe, procure e connessi limiti di spesa) sono definiti coerentemente alle responsabilità organizzative assegnate.

- c. Le procure sono definite coerentemente al sistema interno delle deleghe.
- d. Sono previsti meccanismi di pubblicità delle procure assegnate ai primi livelli verso gli interlocutori esterni, ovvero questi ultimi devono avere la certezza che i soggetti con cui si interfacciano siano formalmente investiti del potere di rappresentare la Fondazione e di impegnare l'Ente verso terzi.
- e. Sono previste modalità di revoca delle procure e delle deleghe assegnate.
- f. Il processo di attribuzione delle deleghe identifica, tra l'altro:
  - la posizione organizzativa che il delegato ricopre in ragione dello specifico ambito di operatività della delega;
  - l'accettazione espressa da parte del delegato o del subdelegato delle funzioni delegate e conseguente assunzione degli obblighi conferiti;
  - i limiti di spesa attribuiti al delegato.
- g. Le deleghe sono attribuite secondo i principi di:
  - autonomia decisionale e finanziaria del delegato;
  - idoneità tecnico-professionale del delegato;
  - disponibilità autonoma di risorse adeguate al compito e continuità delle prestazioni.

### ATTIVITÀ DI CONTROLLO

- a. Nell'ambito degli strumenti normativi della Fondazione sono formalizzati i controlli operativi e le loro caratteristiche (responsabilità, evidenza, periodicità).
- b. I Responsabili di cui al precedente punto 3 b) devono produrre e mantenere adeguati report di monitoraggio che contengano evidenza dei controlli effettuati e di eventuali anomalie.
- c. I suddetti Responsabili possono chiedere informazioni a tutte le funzioni o ai singoli soggetti che si occupano o si sono occupati delle attività sensibili.
- d. I controlli, ove possibile, devono essere eseguiti in maniera automatizzata.
- e. Sono attuati i controlli di I, II e III livello descritti al paragrafo 2.1 del presente Modello.

### 6. ATTIVITÀ DI TRACCIABILITÀ E ARCHIVIAZIONE

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



## Organismo di Vigilanza ai sensi del Decreto

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

### 3. ORGANISMO DI VIGILANZA

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

#### 3.1 Identificazione dell'Organismo di Vigilanza

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

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



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

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

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

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

In caso di nomina di Componenti esterni, gli stessi non devono avere rapporti economici

### Componenti interni

Eventuali componenti dell'OdV interni alla Fondazione non potranno, in prima istanza, essere coinvolti nelle principali Aree a rischio-reato/Attività sensibili individuate.

Dunque non potranno rivestire la carica di membri dell'OdV figure aziendali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Direttore Sanitario, ecc.

### Revoca di un membro dell'OdV

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.

con la Fondazione che possano configurare ipotesi conflitto di interesse.

In ogni caso, i Componenti dell'Organismo di Vigilanza sono scelti tra soggetti che non abbiano rapporti di parentela con i soci e con gli Amministratori.

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



L'OdV è composto da:

- Componenti esterni, uno dei quali nominato Presidente, individuati tra professionisti di comprovata competenza ed esperienza in materia;
- un membro del Collegio dei Revisori;
- Componenti interni, individuati nel responsabile dell'Area Affari Generali e Legale e nel responsabile dell'Internal Audit.

I Componenti dell'Organismo restano in carica per tre anni.

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

Costituiscono cause di ineleggibilità e decadenza dei Componenti dell'OdV:

- aver ricoperto funzioni di amministratore esecutivo, nei tre esercizi precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza, in imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o procedure equiparate;
- essere destinatario di un decreto che dispone il giudizio in relazione a reati della stessa indole di quelli previsti dal Decreto;
- aver riportato una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, ovvero di applicazione della pena su richiesta (c.d. patteggiamento), in Italia o all'estero, in relazione a reati della stessa indole di quelli previsti dal Decreto.

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.

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



### Supporto all'attività di verifica

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



### Budget dell'OdV

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

### Regolamento dell'OdV

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

## 3.3 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza



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

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

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

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

In relazione alle attività sensibili l'OdV predispose un Piano semestrale di attività e di verifiche periodiche, comunicato all'Organo di Amministrazione, finalizzate a valutare l'effettiva applicazione, l'adeguatezza e la funzionalità degli strumenti normativi in termini di presidi atti a prevenire la commissione dei reati previsti dall'impianto normativo. Tale programma di verifiche è suscettibile di variazioni sulla base di eventuali richieste di intervento da parte dell'Organismo di Vigilanza e a fronte di criticità emerse nel corso dell'attività di analisi dei Flussi o delle Segnalazioni. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di attivare, laddove ritenuto opportuno, verifiche inizialmente non programmate.

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

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

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

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

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

---

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

### 3.5 Flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza

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

A tale scopo è stato delineato dalla Fondazione un meccanismo per soddisfare le esigenze informative dell'OdV ai sensi della previsione normativa. È infatti stato definito il protocollo "Flussi informativi verso l'OdV", Allegato 4 e parte integrante del presente Modello, a cui fare riferimento per la completa disciplina dei Flussi.



I Destinatari, ivi compresi coloro che ricevono incarichi professionali dalla Fondazione, sono tenuti ad informare l'OdV delle possibili violazioni e/o dei comportamenti non conformi a quanto stabilito dal Modello 231 e dal Codice Etico, mediante i seguenti canali di comunicazione:

- invio cartaceo alla Segreteria della funzione Internal Audit;
- casella di posta elettronica **odv@policlinicogemelli.it**.

Le Segnalazioni dovranno pervenire in forma non anonima.

Il suddetto protocollo disciplina, oltre alle Segnalazioni, anche i Flussi informativi periodici, ovvero le informazioni strutturate e periodiche che devono essere trasmesse da specifici Referenti all'OdV.



### Valutazione delle sanzioni

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



### Statuto dei lavoratori

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

## 4. SISTEMA DISCIPLINARE

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

### 4.1 Premessa

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

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

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

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

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

- a. Comportamenti che integrano una mancata attuazione colposa delle prescrizioni del Modello e/o del Codice Etico ivi comprese direttive, procedure o istruzioni aziendali;
- b. comportamenti che integrano una trasgressione dolosa delle prescrizioni del Modello e/o del Codice Etico tale da compromettere il rapporto di fiducia tra l'autore e la Fondazione in quanto preordinata in modo univoco a commettere un reato.

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 e 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.

### 4.2 Sanzioni per i lavoratori dipendenti

L'inosservanza - da parte del Personale Dipendente - delle disposizioni del Modello e/o del Codice Etico, nonché di tutta la documentazione che di essi forma parte, costituisce inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro ex art. 2104 c.c. ed illecito disciplinare. Più in particolare, l'adozione, da parte di un dipendente della Fondazione, di un

### Responsabili del procedimento

- 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 /Responsabili del procedimento.

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

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

Al personale non dirigente (personale dipendente dalla Fondazione, compreso quello transitato dall'Association Columbus) possono essere comminate le sanzioni previste dal CCL applicabile (Contratto Collettivo di Lavoro per il personale non dirigente della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli), che a titolo esemplificativo sono 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.

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 Responsabile della Direzione Risorse Umane.

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

### 4.3 Sanzioni nei confronti dei Dirigenti

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

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

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

Per il Personale dirigente in distacco e i Dirigenti apicali ai quali si applicano contratti diversi da quelli di cui sopra, in caso di violazione delle procedure interne previste dal presente

---

Modello o di adozione, nell'espletamento di attività a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, si applicherà la sospensione della collaborazione o del rapporto in essere.

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

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

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

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

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

#### **4.5 Misure nei confronti dei membri dell'OdV**

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

#### **4.6 Misure nei confronti di Fornitori, Collaboratori e Consulenti**

La violazione da parte di Collaboratori esterni alla Fondazione e/o di Fornitori di beni e servizi, delle norme previste dal Decreto e/o del Codice Etico può essere causa di risoluzione del contratto. Tale circostanza è esplicitamente contenuta in ciascun contratto in cui la Fondazione sia parte. La violazione va denunciata senza indugio da chi la rileva al Direttore Generale, con copia al Presidente. Se il Direttore Generale ritiene che la denuncia sia fondata ordina l'immediata risoluzione del contratto e ne dà notizia all'OdV. Egli dà ugualmente notizia all'OdV dei casi in cui egli non proceda a risolvere il contratto perché ritiene non fondata la denuncia o perché la risoluzione sarebbe di grave danno per la Fondazione.

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



### Formazione

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

### Pubblicazione del Modello

Il Modello è pubblicato sul sito internet della Fondazione (eventualmente stralciando alcune parti per ragioni di riservatezza) e 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 ivi contenute; tale iniziativa si concretizza di fatto mediante la suddetta pubblicazione, la disponibilità cartacea del Modello presso le Direzioni, nonché mediante ulteriori punti di contatto che dovessero via via venire identificati, in funzione delle esigenze operative.

## 5. INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E DIFFUSIONE DEL MODELLO

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

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



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

La partecipazione ai programmi di formazione sul Modello è obbligatoria ed il controllo sulla frequenza e sui contenuti del programma è demandato all'Organismo di Vigilanza, che svolge altresì un controllo circa la validità e la completezza dei piani formativi previsti ai fini di un'appropriata diffusione, di un'adeguata cultura dei controlli interni, dell'organigramma aziendale e di una chiara consapevolezza dei ruoli e responsabilità delle varie funzioni aziendali.





## Gruppo di Lavoro sul Modello (GLM) e personale esterno

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

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

## 6. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

Il potere di approvare formalmente il Modello compete al Consiglio di Amministrazione, che lo eserciterà mediante delibera e con le modalità previste per la sua adozione.

L'attività di aggiornamento, intesa sia come integrazione sia come modifica, è volta a garantire l'adeguatezza e l'idoneità del Modello, valutate rispetto alla funzione preventiva di commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001.

### PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

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

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



In ogni caso il Modello deve essere tempestivamente modificato ed integrato dal Consiglio di Amministrazione, anche su proposta e previa consultazione dell'Organismo di Vigilanza, quando siano intervenute:

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