



**FONDAZIONE ISTITUTO SAN RAFFAELE - G. GIGLIO DI CEFALU'**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE  
E CONTROLLO EX D. LGS. 231/2001**

# **PARTE GENERALE**

# INDICE

## PARTE GENERALE

1. Il Decreto Legislativo n. 231/2001 .....	7
1.1 Il quadro normativo di riferimento.....	8
1.2 Reati a cui si applica la disciplina di cui al D. Lgs. 231/2001 .....	12
1.3 Le Sanzioni .....	15
2. <i>Linee Guida delle Associazioni di Categoria</i> .....	17
3. <i>Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo</i> .....	18
3.1. La Fondazione Istituto San Raffaele - G. Giglio di Cefalù.....	20
3.2 La costruzione del Modello di Fondazione Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù .....	21
3.3 Le componenti del Modello della Fondazione.....	25
3.4 L'adozione del Modello .....	26
3.5 Aggiornamento del Modello .....	26
4 Il modello di governance della Fondazione .....	26
4.1 Il Consiglio di Amministrazione:.....	27
4.2 Il Presidente.....	27
4.3 Il Vice Presidente .....	28
4.4 Il Direttore Generale .....	28
4.5 Il Collegio Sindaci Revisori dei Conti .....	28
4.6 Società di Revisione.....	29
5 Il sistema organizzativo della Fondazione .....	29
5.1 <i>Uffici di Staff alla Direzione Generale</i> .....	29
5.2. Direzione Area Gestionale .....	32
5.3 Area sanitaria .....	34
5.4 Le unità operative sanitarie .....	39
5.5 <i>Comitato di monitoraggio della sperimentazione gestionale</i> .....	43
5.6 Comitato etico .....	43
5.7 L'Organo di Controllo Interno .....	44
5.8 Definizione dell'organigramma e del regolamento organizzativo aziendale.....	44
6 <i>Il Sistema di Deleghe e procure</i> .....	45
7 <i>Le procedure manuali e informatiche</i> .....	46
8. <i>L'Organismo di Vigilanza</i> .....	47
8.1 Nomina e composizione dell'OdV e suoi requisiti .....	48
8.2 Funzioni e poteri dell'OdV .....	52
8.3 Il Regolamento dell'OdV .....	56
8.4 I flussi informativi verso l'OdV .....	56
8.5 Raccolta e conservazione delle informazioni.....	57
9. Il Codice Etico .....	59
9.1 La Missione.....	59
9.2 Elaborazione ed approvazione del Codice Etico.....	61

9.4	Finalità e struttura del Codice Etico.....	63
9.5	Principi Generali che regolano l'attività della Fondazione.....	64
9.6	Principi e norme di comportamento.....	65
9.6.1	Conflitto di interessi .....	65
9.6.2	Principi e norme di comportamento per i componenti degli Organi Collegiali.....	65
9.6.3	<i>Principi e norme di comportamento per il Personale</i> .....	66
9.7	Obblighi di comunicazione all'Organismo di Vigilanza .....	75
9.8	Modalità di attuazione e controllo sul rispetto del Codice Etico .....	76
10	Il Sistema Disciplinare della Fondazione.....	77
10.1	L'Elaborazione e l'adozione del Sistema Disciplinare .....	77
10.2	La struttura del Sistema Disciplinare .....	81
10.2.1	Prima Sezione: .....	81
10.2.2	Seconda Sezione: .....	81
10.2.3	Terza Sezione.....	82
10.2.4	Quarta Sezione .....	82
10.3	Le Sanzioni Disciplinari.....	83
11.1	L'informazione sul Modello e sui protocolli connessi.....	85
11.3	Comunicazione degli aggiornamenti del Modello e/o del Codice Etico. ....	86

## **DEFINIZIONI:**

**A.I.O.P :** Associazione Italiana Ospedalità Privata

**A.R.I.S.:** Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

**C.C.:** Codice Civile

**C.d.A.:** Consiglio di Amministrazione

**C.C.N.L.:** Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

**Decreto:** Decreto Legislativo n. 231/2001: *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell’articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300.”* e successive modifiche e integrazioni.

**D. Lgs.:** Decreto Legislativo

**D.R.G.:** Disease Related Group

**Fondazione:** Fondazione Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù

**FSRG:** Fondazione Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù

**HSR:** Ospedale San Raffaele di Milano

**Internal Auditing:** attività di revisione interna

**OdV:** Organismo di Vigilanza

**OO.SS.:** Organizzazioni Sindacali

**P.A.:** Pubblica Amministrazione

**P.U.:** Pubblico Ufficiale

**I.P.S.:** Incaricato di Pubblico Servizio

**S.S.N.:** Servizio Sanitario Nazionale

## **BIBLIOGRAFIA:**

**G. AIROLDI-G. BRUNETTI – V. CODA**, *Economia aziendale*, Bologna, 1994.

**A. ALBERICI – P. BARUFFI – M. IPPOLITO- A. RITTATORE VONWILLER – G. VACIAGO**, *Il Modello di Organizzazione, gestione e controllo di cui al D. Lgs. 231/2001*, Milano 2008, Giuffrè Editore.

**M. ARENA – G. CASSANO**, *La responsabilità da reato degli enti collettivi*, Milano 2007, Giuffrè Editore.

**A. BASSI-T.E. EPIDENDIO**, *Enti e responsabilità da reato. Accertamento, sanzioni e misure cautelari*, Milano, 2006.

**M. BRAMIERI – D. BAGAGLIA – A. FIRMANI – A. MIFSUD**, *La responsabilità amministrativa e penale delle imprese*, Torino 2008, Egea.

**G. ZANALDA – M. BARCELLONA**, *La responsabilità amministrativa delle società e i modelli organizzativi*, Milano 2002, Il Sole 24 Ore.

**Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale, A.I.O.P** - La responsabilità amministrativa delle Istituzioni sanitarie aderente all'Associazione Italiana Ospedalità Privata, Roma, settembre 2004 .

**Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale ex D. Lgs. 231/2001, ARIS**, 2005, Approvate dal Ministero della Giustizia con lettera del 13/04/2005, n. 114-1-738(859)821/05.

**Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. 231/2001, Confindustria**, 31 marzo 2008.

## 1. Il Decreto Legislativo n. 231/2001

Negli ultimi anni quasi tutti i sistemi giuridici europei hanno accolto il principio della responsabilità penale delle persone giuridiche che è proprio della tradizione di Common Law.

L'Italia, con il D. Lgs. 231/2001 "*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica*", è stata uno degli ultimi Paesi a prevedere tale forma di responsabilità.

Al ritardo nell'applicazione di tale disciplina probabilmente ha contribuito la difficoltà, ampiamente sottolineata anche dalla dottrina, di conciliare il brocardo *societas delinquere non potest* con la previsione di una responsabilità penale della persona giuridica.

Tuttavia, dal momento che, come è noto, gli enti possono concludere contratti e contrarre obbligazioni, l'ordinamento ha previsto una responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato, rivedendo l'antico brocardo sopraccitato e sostenendo l'imputabilità diretta delle persone giuridiche od enti per la commissione di illeciti.<sup>1</sup>

La responsabilità amministrativa degli enti trova la sua ragion d'essere in tre presupposti essenziali:

- I. il primo presupposto è la realizzazione di un reato, compreso tra quelli tassativamente indicati dal Legislatore, da parte di una persona fisica che sia legata all'ente da un rapporto funzionale, che potrà essere di rappresentanza o di subordinazione;
- II. il secondo presupposto è dato dalla integrazione del reato nell'interesse o a vantaggio dell'ente (art. 5 comma 1);
- III. il terzo presupposto è il tipo di rapporto funzionale che lega l'autore (persona fisica) del reato all'ente. Ovvero, come specificato all'art. 5 del Decreto, trattasi di specifiche fattispecie di reato che sono commesse, nell'interesse a vantaggio degli enti stessi:
  - A. da soggetti che rivestano 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 esercitino, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (c.d. soggetti in posizione apicale),
  - B. da soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui al punto a. (c.d. soggetti in posizione subordinata).

---

<sup>1</sup> A. BASSI-T.E. EPIDENDIO, *Enti e responsabilità da reato. Accertamento, sanzioni e misure cautelari*, Milano, 2006.

In presenza di tali presupposti, è ravvisabile una responsabilità dell'ente, salvo che lo stesso dimostri di aver adottato un modello di organizzazione idoneo a prevenire gli illeciti e di aver adeguatamente controllato la sua applicazione attraverso l'istituzione di un Organismo di Vigilanza. Naturalmente, tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito.

### **1.1 Il quadro normativo di riferimento**

1. già la Convenzione **OCSE del 17 dicembre 1997** (in materia di corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali) prevedeva una responsabilità amministrativa degli enti per alcune fattispecie di reato.

successivamente, la **Legge n. 300 del 29 settembre 2000** ha ratificato le convenzioni OCSE e della Unione Europea contro la corruzione nel commercio internazionale e contro la frode ai danni della Comunità Europea. L'art. 11 della legge citata ha delegato il Governo alla predisposizione di un testo normativo che disciplinasse tale tipo di responsabilità.

il Governo ha così adottato il **Decreto legislativo n. 231/2001**, che elencava, tra i reati dalla cui commissione è fatta derivare la responsabilità amministrativa degli Enti, esclusivamente quelli realizzati nei rapporti con la pubblica amministrazione (artt. 24 e 25).

2. successivamente, sono stati previsti ulteriori reati, per cui il testo del decreto è stato integrato attraverso la seguente normativa:
  - l'art. 6 della **Legge 23 novembre 2001, n. 409**, recante "Disposizioni urgenti in vista dell'introduzione dell'Euro", che ha inserito i reati in tema di falsità in monete, carte di pubblico credito e valori di bollo, attraverso l'art. 25 bis.
  - l'art. 3 del **Decreto legislativo 11 aprile 2002, n. 61**, recante "Disciplina degli illeciti penali e amministrativi riguardanti le società commerciali, a norma dell'art. 11 della Legge 3 ottobre 2001, n. 366", che ha introdotto il successivo art. 25 ter, che ha esteso la responsabilità amministrativa degli Enti anche per la commissione dei reati societari, per i quali tuttavia è stata prevista l'applicabilità delle sanzioni pecuniarie ma non di quelle interdittive.
  - l'art. 3 della **Legge 14 gennaio 2003, n. 7**, che ha inserito nel novero dei reati previsti dal Decreto, attraverso l'art. 25 quater, i reati con finalità di terrorismo o di eversione

dell'ordine democratico. In particolare, il terzo comma del citato articolo prevede che se l'Ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione di tali reati previsti dal codice penale e dalle leggi speciali, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'art. 16, comma 3 del decreto.

- l'art. 5 della **Legge 11 agosto 2003, n. 228**, che ha inserito nell'elenco dei reati, attraverso l'art. 25 quinquies i reati in materia di tratta di persone.
- l'art. 9 della **Legge 18 aprile 2005 n. 62**, che in materia di abuso di informazioni privilegiate e manipolazione del mercato, con l'introduzione dell'art. 187 quinquies nel Testo Unico sulla Finanza, ha previsto l'estensione della responsabilità amministrativa delle società anche in relazione alle nuove fattispecie di reati societari rientranti nel c.d. **market abuse**.
- la **Legge 28 dicembre 2005, n. 262** recante "**Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari**" ha introdotto modifiche che, direttamente o indirettamente, hanno inciso sul Dlgs 231/2001 ed in particolare:

l'art. 31 della L. 262/2005 ha introdotto tra i reati societari di cui all'art. 25-ter del Dlgs 231/2001 il delitto di *Omessa comunicazione del conflitto di interessi*, previsto dall'art. 2629-bis c.c.;

l'art. 34 ha abrogato l'art. 2623 c.c. e introdotto il delitto di "Falso in prospetto" all'interno del Testo Unico di cui al D. Lgs. 24 febbraio 1998 n. 58 (art. 173-bis), senza tuttavia prevedere nel D. Lgs. 231/2001 nessun rinvio a tale norma; l'art. 39 ha disposto che le sanzioni pecuniarie previste dall'art. 25 ter D.Lgs. 231/2001 siano raddoppiate.

3. L'ultimo intervento, in ordine di tempo, è stata l'approvazione della **Legge 16 marzo 2006, n.146 Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001**". Pur senza modificare formalmente il testo del D.Lgs. 231/2001, la legge sopra citata, amplia in maniera significativa l'ambito di operatività del D. Lgs. 231/2001. Infatti:all'art. 10 (Responsabilità amministrativa degli enti) si dispone che:

- per i delitti previsti dagli articoli 416 e 416-*bis* del codice penale (*Associazione per delinquere e Associazione di tipo mafioso*), dall'articolo 291-*quater* del Testo Unico di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 (*Associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri*), e dall'articolo 74 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (*Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope*), si applica all'Ente la sanzione amministrativa pecuniaria da quattrocento a mille quote. Se l'ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei reati sopra indicati, si applica all'Ente la sanzione amministrativa dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 16, comma 3, del D.Lgs. 231;
    - per i reati concernenti il c.d. *traffico di migranti* (articolo 12, commi 3, 3-*bis*, 3-*ter* e 5, del D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286), si applica all'ente la sanzione amministrativa pecuniaria da duecento a mille quote; si applicano all'ente le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2, del d.lg. 231, per una durata non superiore a due anni;
    - per i reati concernenti *l'intralcio alla giustizia* (articoli 377-*bis* e 378 c.p.), si applica all'ente la sanzione amministrativa pecuniaria fino a cinquecento quote.
4. La disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche è attualmente oggetto di più proposte di integrazione, per cui sia le istituzioni comunitarie che l'OCSE, ma anche il legislatore italiano, stanno vagliando ipotesi di ampliamento dell'ambito di applicazione di tale forma di responsabilità
5. I reati relativi alla salute e sicurezza sul lavoro disciplinati dalla Legge 123/2007 (e richiamati nel d.lgs.aprile 2008 n.81), che ha comportato l'inserimento nel d.lgs.231/01 dell'art. 25 septies, sono i seguenti:
- a) omicidio colposo (art.589 c.p.),
  - b) lesioni personali colpose, gravi o gravissime (art.590, comma 3, c.p.), commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

6. I reati previsti ai sensi del d.lgs. 231 del 21 novembre 2007 (“Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”) che ha comportato l’inserimento nel d.lgs.231/01 dell’art. 25 octies, sono i seguenti:

- a) ricettazione (art. 648 c.p.),
- b) riciclaggio (art.648-bis c.p.),
- c) impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (artt. 648-ter c.p.),

In riferimento ai reati di cui sopra, la Società, alla luce dell’attività svolta, ha ritenuto le fattispecie difficilmente ipotizzabili; verrà comunque svolta un’attività di verifica costante.

7. I reati previsti ai sensi della Legge n. 48 del 18 marzo 2008 (“Delitti informatici e trattamento illecito di dati”) che ha comportato l’inserimento nel d.lgs. 231/01 dell’art. 24-bis, sono i seguenti:

- a) falsità in un documento informatico pubblico o privato avente efficacia probatoria (art. 491-bis c.p.);
- b) accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615-ter c.p.);
- c) detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615-quater c.p.);
- d) diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art. 615-quinquies c.p.);
- e) intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quater c.p.);

- f) installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quinquies c.p.);
- g) danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635-bis c.p.);
- h) danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635-ter c.p.);
- i) danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635-quater c.p.);
- j) danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635-quinquies c.p.);
- k) frode informatica del soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica (art. 640-quinquies c.p.)

### **1.2 Reati a cui si applica la disciplina di cui al D. Lgs. 231/2001**

Gli attuali reati rilevanti sono:

I reati previsti originariamente dal Decreto agli **artt. 24 e 25** è quella dei **reati commessi nei confronti della Pubblica Amministrazione:**

- Malversazione a danno dello Stato o di altro ente pubblico
- Indebita percezione di contributi, finanziamenti o altre erogazioni pubbliche;
- Truffa in danno dello Stato o di altro ente pubblico
- Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
- Frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico;
- Concussione;
- Corruzione per un atto d'ufficio;
- Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
- Corruzione di persona incaricata di pubblico ufficio;
- Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio;
- Corruzione in atti giudiziari;
- Istigazione alla corruzione;

- Peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di stati esteri.

I reati di cui **all'art. 24 bis** del Decreto:

- Delitti informatici e trattamento illecito di dati

I reati di cui **all'art. 25-bis** del Decreto:

- **Falsità in monete, in carte di pubblico credito e in valori di bollo**

I reati societari, di cui **all'art. 25-ter** del Decreto:

- False comunicazioni sociali;
- False comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori;
- Falso in prospetto;
- Falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni delle società di revisione;
- Impedito controllo;
- Formazione fittizia del capitale;
- Indebita restituzione dei conferimenti;
- Illegale ripartizioni degli utili e delle riserve;
- Illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante;
- Operazioni in pregiudizio dei creditori;
- Indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori;
- Illecita influenza sull'assemblea;
- Aggiotaggio;
- Omessa comunicazione del conflitto d'interessi;
- Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza;

I reati previsti **dall'art. 25 quater** del Decreto

- **Delitti aventi finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico** previsti dal codice penale e dalle leggi speciali.

I reati previsti dall'art. 25 quater – 1 del Decreto Articolo aggiunto dalla L. 9 gennaio 2006 n. 7, art. 8

**- Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili**

**I reati contro la personalità individuale di cui all'art. 25-quinquies del Decreto**

- Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù (art. 600 c.p.);
- Prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.);
- Pornografia minorile (art. 600-ter c.p.);
- Detenzione di materiale pornografico (art. 600-quater);
- Pornografia virtuale (art. 600-quater.1 c.p.);
- Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-quinquies c.p.);
- Tratta di persone (art. 601 c.p.);
- Acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 c.p.).

**I reati relativi al Market Abuse all'art. 25-sexies del Decreto**

- Abuso di informazioni privilegiate
- Manipolazione del mercato.

**I reati transnazionali previsti dalla Legge 16 marzo 2006, n.146**

- associazione per delinquere (art. 416 c.p.);
- associazione di tipo mafioso (416-bis c.p.);
- associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri (art. 291-quater del Testo Unico di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43);
- associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309);
- traffico di migranti (art. 12, commi 3, 3-bis, 3-ter e 5, del D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286);

- induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377-bis);
- favoreggiamento personale (art.378 c.p.).

I reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro previsti dall'**art. 25-septies**:

- Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime, commesse con violazione delle **norme** sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

I reati di cui all'**art. 25-octies**:

- ricettazione (art. 648 c.p.),
- riciclaggio (art.648-bis c.p.),
- impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (artt. 648-ter c.p.),

### **1.3 Le Sanzioni**

L'apparato sanzionatorio predisposto dal Legislatore per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato prevede quattro differenti tipi di sanzioni che si prescrivono nel termine di cinque anni dalla data di consumazione del reato (ex art. 22):

- 1) sanzione pecuniaria
- 2) sanzione interdittiva
- 3) pubblicazione della sentenza
- 4) confisca.

#### **Le sanzioni pecuniarie:**

Per ogni illecito amministrativo dipendente da reato ex D. Lgs. 231/2001 si applica sempre la sanzione pecuniaria.

Per assicurare la necessaria "graduazione" della pena, il legislatore ha previsto un meccanismo di irrogazione che rappresenta una novità assoluta per l'Italia, anche se ben conosciuto in altri Paesi Europei.

Si tratta di un sistema in cui il Giudice penale è tenuto a compiere due valutazioni distinte:

- in primo luogo, fissare il numero di quote sulla base di indici legati al livello di gravità del fatto illecito commesso dall'ente, del grado di responsabilità dell'ente nonché dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti;
- in secondo luogo, deve determinare l'ammontare di ogni singola quota, tenendo conto delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente.

A tali quote il Decreto ha attribuito un valore in Lire (il Decreto è anteriore all'introduzione dell'Euro), che va da un minimo di Lit. 500.000 (oggi € 258,23) ad un massimo di Lit. 3.000.000 (oggi € 1.549,00), sicché **le sanzioni variano da un minimo di € 25.822,00 a un massimo di € 1.549.370,00.**

E' il Giudice a fissare il valore della quota in sede di irrogazione della sanzione che verrà quindi determinata in via definitiva dal Giudice sulla base del numero delle quote e del loro importo

#### Le sanzioni interdittive:

Le sanzioni interdittive sono individuate dal comma II dell'art. 9 del Decreto ed irrogabili nelle sole ipotesi tassativamente previste e, solo per alcuni reati, sono le seguenti:

Interdizione, per un periodo non inferiore a tre mesi e non superiore a due anni, dall'esercizio di

- un'attività, con la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali allo svolgimento dell'attività medesima;
- contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- ottenere agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi ed eventuale sospensione di quelli già concessi;

Le suddette sanzioni hanno una durata minima di tre mesi e massima di due anni.

E' possibile che il Pubblico Ministero, in presenza, da un lato di gravi indizi con riguardo all'esistenza della responsabilità dell'ente e, dall'altro, fondati e specifici elementi che fanno ritenere concreto il pericolo che vengano commessi illeciti della stessa specie di quello per cui si procede, può chiedere l'**applicazione in via cautelare di una delle sanzioni interdittive** previste dalla normativa.

#### La pubblicazione della sentenza:

La pubblicazione della sentenza di condanna (peraltro già applicata nell'ordinamento penale sia come pena accessoria, che come strumento per la riparazione del danno) può essere disposta quando nei confronti dell'ente viene applicata una sanzione interdittiva.

### La confisca

E' sempre disposta nei confronti dell'ente, con la sentenza di condanna, la confisca del prezzo o del profitto del reato, salvo che per la parte che può essere restituita al danneggiato. Vengono in ogni caso tutelati i diritti acquisiti dai terzi in buona fede.

## 2. Linee Guida delle Associazioni di Categoria

Nel processo di adozione ed attuazione del Modello di organizzazione gestione e controllo, il D. Lgs. 231/2001 attribuisce un ruolo di primaria importanza alle associazioni di categoria.

L'art. 6, comma 3 del Decreto, prevede espressamente che “i modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati ... sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati”.

Alle associazioni di categoria è stato pertanto affidato il complesso compito di individuare le linee di comportamento idonee ad ispirare i modelli organizzativi.

La Fondazione pertanto nella redazione del proprio Modello ha seguito le indicazioni contenute nelle:

- **Linee Guida di Confindustria**, che già nel marzo 2002 approvava le “Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. 23/2001”, successivamente aggiornate nel maggio 2004 e nel marzo 2008<sup>2</sup>, in virtù delle modifiche normative apportate al decreto;
- **Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale di A.I.O.P** - La responsabilità amministrativa delle Istituzioni sanitarie aderente all'Associazione Italiana Ospedalità Privata, Roma, settembre 2004 .

---

<sup>2</sup> Le Linee Guida di Confindustria, sono state aggiornate al 31 marzo 2008 per tener conto dell'introduzione tra i reati sanzionabili a norma del D. Lgs. 231/2001 dei reati in materia di sicurezza sul lavoro e di ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita.

- **Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale ex D. Lgs. 231/2001, di ARIS**, 2005, Approvate dal Ministero della Giustizia con lettera del 13/04/2005, n. 114-1-738(859)821/05.

Alla luce delle indicazioni metodologiche suddette e considerando l'innovativa gestione sperimentale dell'Ospedale G. Giglio di Cefalù, attuata a partire dal 01 luglio 2003, dalla Fondazione in conformità all'art. 9-bis del D. Lgs. 502/92, la stessa ha provveduto alla redazione del proprio Modello organizzativo.

### **3. Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo**

Il Modello di organizzazione, gestione e controllo previsto dal D. Lgs. 231/2001 costituisce uno strumento essenziale a disposizione degli enti per evitare di incorrere nella responsabilità amministrativa e nella conseguente applicazione di sanzioni pecuniarie o interdittive, a seguito della commissione dei reati previsti dal decreto.

Infatti, l'adozione, l'efficace attuazione e l'implementazione di un Modello idoneo costituisce una esimente specifica dalla responsabilità amministrativa per gli enti, pur non essendo un obbligo, ma solamente una facoltà o opportunità concessa agli loro.

Ai quali potrebbero comunque decidere di non adottare alcun Modello, senza poter in questo caso beneficiare della specifica esimente prevista dal Legislatore.

Più precisamente l'ente non sarà ritenuto responsabile, ex art. 6, comma 1, del Decreto, se prova che:

- 1) ha adottato ed attuato, prima della commissione del fatto, un Modello idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- 2) ha nominato un Organismo, indipendente e con poteri autonomi, che vigili sul funzionamento e l'osservanza del Modello e ne curi l'aggiornamento (c.d. Organismo di Vigilanza);
- 3) il reato è stato commesso eludendo fraudolentemente le misure previste dal Modello;
- 4) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Al fine di prevenire il rischio della commissione di reati che possano comportare la responsabilità amministrativa dell'ente, la Fondazione ha adottato, in conformità a quanto previsto all'art. 6, comma 2, del Decreto, il proprio Modello che prevede:

- A. l'individuazione delle attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- B. specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- C. l'individuazione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati;
- D. obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- E. un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Inoltre il Modello, che sarà esaminato in dettaglio nei prossimi paragrafi, deve essere composto;

- da una fase di analisi che consente di individuare il "rischio reato" a cui la società è maggiormente soggetta, individuando le attività aziendali nel cui ambito possono essere commessi i reati della medesima specie di quelli che si possono prevenire (le c.d. attività sensibili);
- da una serie di procedure organizzative che stabiliscono come devono essere effettuate le operazioni soggette a rischio reato e le modalità di gestione delle risorse finanziarie complessive della società che potrebbero costituire la base per la commissione del reato stesso;
- da un sistema disciplinare che sanzioni il mancato rispetto delle direttive stabilite dal Modello, nella prospettiva di garantire l'effettiva attuazione del Modello medesimo.

Infine, un'efficace attuazione del Modello l'art. 7 del D. Lgs. 231/2007, richiede:

- la previsione di misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire tempestivamente situazioni di rischio;
- una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;
- un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

*Efficacia del Modello in giudizio*

L'utilizzo del Modello non mette del tutto al riparo dal possibile coinvolgimento dell'Ente nel processo penale, tuttavia:

Se è adottato prima dell'illecito, può portare all'esclusione di responsabilità dell'ente, se ritenuto "congruo" o "idoneo" dal giudice.

Se è adottato dopo dell'illecito, consente un'attenuazione della sanzione principale e l'esclusione di ulteriori conseguenze negative (come l'applicazione delle misure cautelari).

### **3.1. La Fondazione Istituto San Raffaele - G. Giglio di Cefalù.**

Il nome scelto per la Fondazione "Istituto San Raffaele - Giuseppe Giglio" riprende quello del San Raffaele di Milano che deriva dall'ebraico Raf-el, che significa "medicina di Dio", "Dio guarisce" e del mecenate Giuseppe Giglio di Cefalù. Un ostetrico e ginecologo che istituì in vita, nel 1906, la "Cassa autonoma di soccorso alla maternità proletaria" a sostegno degli indigenti e nel 1928, alla sua morte, donò il suo palazzo affinché vi si trasferisse l'antico ospedale della cittadina siciliana, vincolando all'utilizzo per attività sanitaria.

In linea con le finalità istituzionali della Fondazione, la missione propria dell'Istituto è la cura dell'uomo secondo il mandato evangelico "*Andate, insegnate, guarite*".

La Fondazione Istituto San Raffaele - G. Giglio di Cefalù (di seguito, in breve, la "Fondazione" o l'"Azienda"), viene costituita il 17 gennaio del 2003 ed ha la propria sede legale in Cefalù (PA), contrada Pietra Pollastra – Pisciotto. I fondatori sono la Regione Siciliana, il Comune di Cefalù, l'Asl n. 6 di Palermo e la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor di Milano. E' una delle prime partnership, nate in Italia, con compartecipazione tra pubblico e privati. Al centro, il progetto di sperimentazione (autorizzato dalla Giunta Regionale Siciliana il 23 dicembre del 2002), per la gestione dell'ospedale "Giuseppe Giglio" di Cefalù. Una struttura con una dotazione potenziale di 260 posti letto idonea a diventare un ospedale di rilevanza nazionale e ad offrire, in forma integrata, attività di assistenza, ricerca, didattica e formazione.

La particolarità del progetto è dettata anche dall'impegno in prima linea della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor di Milano (Ente no profit), che contribuisce al perseguimento degli scopi e alla finalità della Fondazione mettendo a disposizione il proprio marchio "San Raffaele" unitamente a tutte le sue conoscenze ed esperienze tecniche e scientifiche (know-how) e le sue strutture organizzative, nel campo della medicina dell'assistenza sanitaria e della relativa ricerca,

della organizzazione e ad offrire, in forma integrata, attività di assistenza, ricerca, didattica e formazione.

Nasce anche con l'obiettivo ambizioso di interrompere l'emigrazione sanitaria e di rispondere adeguatamente, nel territorio, alle richieste di assistenza e di buona sanità dei cittadini.

La Fondazione non ha scopo di lucro e si propone le seguenti finalità:

- svolgere attività di assistenza sanitaria nelle diverse forme della prevenzione, cura e riabilitazione, nell'ambito di strutture proprie o assunte in gestione;
- elaborare programmi di ricerca biomedica, sperimentale e clinica e procedere all'attuazione degli stessi in forma integrata con l'assistenza sanitaria;
- elaborare ed attuare, direttamente o attraverso forme di collaborazione con altri enti, pubblici e privati, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria, funzionali al miglioramento dell'assistenza di educazione sanitaria e allo sviluppo della ricerca biomedica, a tal fine istituendo o finanziando, compatibilmente con le risorse disponibili, borse di studio.

### **3.2 La costruzione del Modello di Fondazione Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù**

Il Modello si fonda su un sistema strutturato ed organico di procedure nonché di attività di controllo che:

- individuano aree/processi di possibile rischio nell'attività aziendale;
- definiscono un sistema normativo interno, finalizzato alla prevenzione dei reati, nei quali sono tra l'altro ricompresi: un Codice Etico, che esprime gli impegni e le responsabilità etiche nella conduzione degli affari e delle attività aziendali assunti dai dipendenti, amministratori e collaboratori a vario titolo della Fondazione; un sistema di deleghe, poteri di firma e di procure per la firma di atti aziendali che assicuri una chiara e trasparente rappresentazione del processo di formazione e di attuazione delle decisioni; procedure formalizzate, tese a disciplinare le modalità operative nelle aree a rischio;
- si fondano su una struttura organizzativa coerente con le attività aziendali che garantisce una chiara ed organica attribuzione dei compiti, rappresentato in un organigramma formalmente definito, chiaro ed adeguato all'attività da svolgere;

- individuano i processi di gestione e controllo delle risorse finanziarie nelle attività a rischio;
- attribuiscono all'OdV il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di proporre l'aggiornamento.

Al fine di perseguire gli obiettivi sopra descritti, la Fondazione a Novembre 2007, ha creato un Gruppo di Lavoro interno, costituito dalle risorse aziendali della Direzione Generale a ciò qualificate, dal Servizio Legale della Fondazione e supportato da consulenti esterni, provenienti da primaria Società di consulenza, affinché venissero svolte le attività di *risk assessment*, necessarie al fine di addivenire alla definizione Modello.

La Fondazione, al fine di perseguire gli obiettivi sopra descritti, ha adottato il presente Modello attraverso:

1. la individuazione delle attività a rischio relative ai reati controllo la Pubblica Amministrazione (articoli 24-25 del decreto).

In particolare, l'identificazione delle attività aziendali e dei processi/attività a rischio è stata attuata attraverso il previo esame della documentazione aziendale (organigrammi, processi principali, procure, disposizioni organizzative, ecc.), l'invio di un questionario e la successiva effettuazione di una serie di interviste con i soggetti-chiave nell'ambito della struttura aziendale. Tali aree sono state identificate, in prima istanza, in quelle in cui è stata riscontrata l'esistenza di rapporti diretti e/o indiretti con la Pubblica Amministrazione.

Tra le aree di attività a rischio sono state considerate anche quelle che, oltre ad avere un rilievo diretto (c.d. Aree a rischio reato) come attività che potrebbero integrare condotte di reato, possono anche avere un rilievo indiretto per la commissione di altri reati (c.d. Aree Strumentali), risultando strumentali alla commissione degli stessi. In particolare si intendono strumentali quelle aree che gestiscono strumenti di tipo finanziario e/o mezzi sostitutivi che possono supportare la commissione dei reati nelle aree "a rischio" reato.

Nell'ambito di ciascuna area "a rischio", sono poi state individuate le attività cd. "sensibili", ovvero quelle al cui espletamento è connesso il rischio di commissione dei reati, e le direzioni ed i ruoli aziendali coinvolti.

Per ognuna delle attività sensibili, si è quindi provveduto ad individuare quelle che, in astratto, possono essere considerate alcune delle modalità di commissione dei reati presi in considerazione.

## 2. L'analisi dei rischi potenziali.

In relazione alle potenziali modalità di commissione dei reati presi in considerazione il Gruppo di Lavoro mediante apposite interviste ha provveduto alla rilevazione dei principali punti di controllo che mitigano il rischio di commissione dei reati sopra riportato.

Si è, pertanto, provveduto alla rilevazione degli attuali presidi di controllo interno esistenti (procedure formali e/o prassi adottate, verificabilità, documentabilità o “tracciabilità” delle operazioni e dei controlli, separazione o segregazione delle funzioni, ecc.) attraverso le informazioni fornite dalle strutture aziendali e l’analisi della documentazione da esse fornita.

Sono state quindi individuate una serie di aree di integrazione e/o miglioramento nel sistema dei controlli, a fronte delle quali sono state definite le opportune azioni da intraprendere.

Il Gruppo di Lavoro ha, quindi, provveduto alla rilevazione ed alla analisi dei controlli aziendali - verificando il Sistema Organizzativo, il Sistema di attribuzione di Procure e Deleghe, il Sistema di Controllo di Gestione, nonché il ricco apparato di procedure esistenti e ritenute rilevanti ai fini dell’analisi (c.d. fase *as is analysis*) – nonché alla successiva identificazione dei punti di miglioramento, con la formulazione di appositi suggerimenti, nonché dei piani di azione per l’implementazione dei principi di controllo (c.d. *gap analysis*).

Unitamente all’attività di *risk assessment*, il Gruppo di Lavoro ha effettuato una ricognizione dello *status quo* aziendale, con precipuo riguardo alle rimanenti componenti necessarie del Modello, ovvero:

- l’Organismo di Vigilanza (OdV);
- il Codice Etico;
- il Sistema Disciplinare;

A questo proposito non appare superfluo rilevare che, in conformità a quanto statuito dalle Linee Guida, il Gruppo di Lavoro, nello svolgimento dell'attività di *risk assessment*, ha tenuto in considerazione il coinvolgimento di alcuni dipendenti della Fondazione in una indagine per l'accertamento della commissione di reati rilevanti ai fini del Decreto.

### **3.3 Le componenti del Modello della Fondazione**

Il presente Documento di Sintesi del Modello è costituito da una Parte Generale e da una Parte Speciale.

Nella Parte Generale, dopo aver effettuato una breve ma necessaria illustrazione della *ratio* e dei principi del Decreto, oltre ad una sintetica ricognizione delle previsioni di cui al documento “Disciplina e compiti dell’OdV”, dedicato alla regolamentazione dell’OdV, pure ivi sinteticamente rappresentato, sono compendiate i protocolli sotto indicati (di seguito, i ‘Protocolli’), che compongono il Modello della Fondazione:

- il sistema organizzativo;
- il sistema di procure e deleghe;
- le procedure manuali ed informatiche;
- il sistema di controllo di gestione;
- il Codice Etico;
- il Sistema Disciplinare;
- la comunicazione e la formazione al personale sul Modello.

La Parte Speciale è, a sua volta, suddivisa in tre parti:

- Parte Speciale A, relativa ai c.d. Reati contro la Pubblica Amministrazione;

Nell’ambito delle Parti Speciali, sono stati indicati, seguendo anche l’approccio metodologico già indicato:

- i) le aree ritenute “a rischio reato” e le attività sensibili;
- ii) le funzioni e/o i servizi e/o gli uffici aziendali che operano nell’ambito delle aree a rischio reato o delle attività sensibili;
- iii) i reati astrattamente perpetrabili;
- iv) le aree ritenute “strumentali”, nonché i soggetti che in esse agiscono;
- v) la tipologia dei controlli in essere sulle singole aree di rischio e strumentali
- vi) i principi di comportamento da rispettare al fine di ridurre il rischio di commissione dei

reati;

vii) i compiti spettanti all'OdV al fine di prevenire il pericolo di commissione dei reati.

Il presente Documento è, inoltre, accompagnato da alcuni allegati (organigramma aziendale, regolamento aziendale) nonché dai documenti che, rappresentativi di alcuni protocolli, completano e specificano il quadro della organizzazione, della gestione e del controllo della Società, quali il Codice etico ed il Sistema Disciplinare, oltre dal documento "Disciplina e Compiti dell'OdV". Tali documenti, unitariamente considerati, costituiscono il Modello della Fondazione adottato ai sensi del Decreto.

### **3.4 L'adozione del Modello**

Il processo di adozione del Modello si esaurisce nella sua formale approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione, quale organo dirigente, deputato a valutare se l'assetto organizzativo dato alla società risulta essere adeguato.

### **3.5 Aggiornamento del Modello**

E' compito della Fondazione divulgare, all'interno e all'esterno della struttura, i principi e quanto in generale previsto nel Modello e nei protocolli ad esso connessi.

Dovranno in ogni caso essere eseguiti costantemente aggiornamenti del Modello nonché il suo adeguamento in conseguenza di eventuale mutamento degli assetti organizzativi o dei processi operativi, o di significative violazioni del Modello oltre che intervenuti mutamenti normativi.

Tutti gli aggiornamenti ed adeguamenti del Modello, o dei Protocolli ad esso connessi, sono comunicati dall'OdV a tutto il personale dipendente e non, ai soggetti terzi mediante comunicazioni a mezzo e-mail o pubblicate sul sito internet e affissi in luogo accessibile presso l'Ospedale G. Giglio di Cefalù

## **4 Il modello di governance della Fondazione**

Il sistema di governance della Fondazione risulta così articolato:

.

#### 4.1 Il Consiglio di Amministrazione:

Il Consiglio di Amministrazione è composto da cinque membri, tre dei quali nominati dai Fondatori pubblici e due dalla Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor. Restano in carica cinque anni e possono essere confermati.

Al vertice del Cda siede il Presidente, nominato dallo stesso Consiglio.

Il Consiglio di Amministrazione ha poteri di straordinaria amministrazione nonché quelli di indirizzo e controllo sull'amministrazione ordinaria. In particolare:

- di nomina del Presidente;
- di adottare il Modello Organizzativo ex D. Lgs. 231/2001;
- di nominare i membri dell'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/2001;
- di adottare regolamento aziendale;
- di approvare bilancio preventivo e consuntivo;
- di approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificare l'attuazione degli stessi e delle determinazioni del Consiglio;
- di approvare la relazione annuale sulla sperimentazione;
- di approvare gli incarichi dirigenziali di più elevata responsabilità.

#### 4.2 Il Presidente

Nominato dal Consiglio di Amministrazione è il Legale Rappresentante dell'Azienda ed esercita i poteri a lui attribuiti dalla legge, dallo statuto e dal Consiglio di Amministrazione. In particolare ha tutti poteri di firma libera per rappresentare la Fondazione davanti ogni autorità dello Stato e delle Amministrazioni Pubbliche, con possibilità di promuovere giudizi dinanzi tutte le autorità giudiziarie della Repubblica, presentare denunce, reclami e ricorsi contro qualsiasi provvedimento delle autorità ed uffici di cui sopra e firmare i relativi documenti; nominare avvocati e procuratori alle liti anche per i giudizi di appello e di Cassazione, di revocazione e davanti alla Corte Costituzionale. Ha potere, in qualità di Rappresentante Legale di firmare convenzioni e contratti il cui importo eccede quanto stabilito nell'ambito dei poteri di ordinaria amministrazione, attribuiti al Direttore Generale. Ha il potere di costituire e/o partecipare alla costituzione di Enti e/o società che siano coerenti con le finalità istituzionali e funzionali al perseguimento delle stesse, con obbligo di relazionare al CdA per la ratifica dell'operato.

### **4.3 Il Vice Presidente**

Al Vice Presidente, in assenza e/o impedimento del Presidente, sono attribuiti tutte le funzioni, sia quelle attribuite statutariamente che quelle attribuite per delibera consigliare.

### **4.4 Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale (art. 13 dello statuto della Convenzione): è nominato dalla Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor ed ha tutti i poteri di gestione di ordinaria amministrazione.

E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati dal CdA, della realizzazione dei programmi e progetti adottati e dei risultati attesi, nonché della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa della Fondazione, incluse l'organizzazione e la gestione del personale, anche dal punto di vista disciplinare e propone al CdA il conferimento degli incarichi dirigenziali di più elevata responsabilità.

Il Direttore Generale cessa dall'incarico alla data di insediamento del nuovo CdA e può essere confermato.

### **4.5 Il Collegio Sindaci Revisori dei Conti**

Il Collegio Sindacale è composto da tre membri, dei quali due nominati dalla Regione e uno nominato dalla Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor. Il Collegio nomina al suo interno un presidente. Restano in carica per tre anni e possono essere confermati. Tutti i membri del Collegio devono essere iscritti nell'elenco dei Revisori Contabili. Il Collegio Sindacale è organo di controllo contabile della Fondazione e vigila:

- ✓ sull'osservanza della legge e dello statuto;
- ✓ sui principi di corretta amministrazione ed in particolare sull'adeguatezza del sistema di controllo interno, dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dall'azienda e sul suo concreto funzionamento anche in riferimento all'affidabilità di quest'ultimo a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

#### **4.6 Società di Revisione**

Nonostante non sia tenuta per legge alla revisione di bilancio, e come previsto dallo statuto della stessa, la Fondazione ha affidato ad una società di revisione, iscritta all'Albo Speciale, l'incarico di revisione contabile volontaria.

#### **5 Il sistema organizzativo della Fondazione**

La struttura organizzativa della Fondazione è orientata a garantire:

- ✓ la separazione di compiti, ruoli e responsabilità tra le strutture operative e quelle di controllo;
- ✓ l'efficacia, l'efficienza, la produttività e l'economicità dell'azienda.

In particolare, la struttura organizzativa, che è improntata ad una precisa definizione delle competenze specialistiche funzione di ciascuna area delle connesse responsabilità, è articolata come segue:

- Uffici di Staff della Direzione Generale;
- Direzione di Area Gestionale
- Servizi Amministrativi;
- Direzione di Area Sanitaria
- Unità Operative Sanitarie;
- Unità Funzionali Sanitarie.

##### **5.1 Uffici di Staff alla Direzione Generale**

Le strutture di Staff supportano la Direzione Generale nella realizzazione degli obiettivi aziendali e nello svolgimento dei compiti di programmazione, verifica e controllo delle attività aziendali, favorendo l'integrazione tra l'area amministrativa e sanitaria. Esercitano i compiti inerenti lo sviluppo delle informazioni e la comunicazione tra la Fondazione e gli Stakeholders (Istituzioni regionali, provinciali e comunali, sanitarie, utenza).

Gli Uffici ed i Servizi di Staff della Direzione Generale della Fondazione sono composti dalle seguenti unità:

- Programmazione e Controllo
- Contabilità e Bilancio
- Comunicazione e Stampa
- Legale
- Qualità

- Prevenzione e Protezione
- Coordinamento Area Medica
- Coordinamento Area Chirurgica

Di seguito sono rappresentate, in via esemplificativa, le finalità di ogni Unità dell' Ufficio e Servizio di Staff

Programmazione e Controllo ha la funzione di:

- supportare l'Azienda nell'attività di programmazione di breve medio e lungo periodo definendo e proponendo metodi e piani d'azione;
- seguire lo sviluppo e la gestione del sistema di contabilità analitica in modo da rendere disponibili informazioni riferite sia alle specifiche aree aziendali (costi, ricavi e rendimenti per centro di responsabilità), sia alle specifiche prestazioni;
- analizza, a consuntivo, i risultati raggiunti che costituiscono la base per il successivo ciclo di pianificazione e programmazione.

Contabilità e Bilancio:

- è responsabile, nel rispetto dei principi che regolano la materia, delle scritture contabili, della tenuta e custodia dei libri contabili;
- segue la situazione di cassa anche al fine di mantenere le condizioni di solvibilità a breve-medio termine.
- è responsabile della rendicontazione per il pagamento delle competenze dovute a firma congiunta con la Direzione Sanitaria.
- regola il pagamento dei fornitori secondo i contratti stipulati e degli incassi dei clienti secondo le relative norme.

Comunicazione e Stampa è deputata a proporre ed attuare il sistema della comunicazione integrata per organizzare, sentite le esigenze della direzione, la comunicazione esterna ed interna.

Legale:

Si avvale di un supporto di collaborazione esterna a carattere professionale e dell'intervento, su richiesta, di Studi Legali esterni ed ha il compito di:

- svolgere attività di consulenza interna per le questioni legali, normative e di compliance;
- supportare e vigilare sul rispetto delle normative e degli adempimenti connessi all'esercizio dell'attività sanitaria;
- gestire il contenzioso;
- gestire il rinnovo delle convenzioni e dei contratti in generale;
- collaborare con l'autorità giudiziaria.

Qualità ha il compito di:

- gestire le attività di stesura documentale relative all'accreditamento regionale
- analizzare, in collaborazione con la Programmazione e Controllo, i processi dell'organizzazione in essere e supporta nella pianificazione di nuovi processi o nella reingegnerizzazione dei processi in essere, al fine della semplificazione delle procedure.
- supportare nelle attività di standardizzazione e di procedurizzazione delle attività critiche, in stretta collaborazione con la Programmazione e Controllo
- curare l'introduzione e l'utilizzo nell'organizzazione ospedaliera di strumenti e metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, d'intesa con il Direttore Sanitario;
- collaborare con le altre funzioni interessate nella formulazione di standard, procedure e nella analisi e revisione dei processi operativi.
- controlla, attraverso lo strumento dell'audit, la corretta applicazione delle procedure e dei protocolli con particolare riguardo a quelle cogenti ai requisiti di accreditamento e/o di certificazione e adeguatezza del sistema di gestione per la qualità implementato
- controlla la qualità degli standard attivando le necessarie azioni di correzione ed i piani di miglioramento continuo. Svolge e supporta le attività di formazione del personale sui temi di organizzazione e qualità e di sensibilizzazione degli operatori sanitari all'utilizzo di linee guida e protocolli nazionali ed internazionali di buona pratica clinica

Prevenzione e Protezione effettua la valutazione dei rischi lavorativi e procede all'individuazione delle misure di prevenzione, sicurezza e tutela della salute dei

lavoratori previste dal **D.Lgs. n.81** del 09.04.08 (Attuazione ufficiale e definitiva del Testo Unico sulla Sicurezza - ex D.Lgs 626/94

Coordinamento di area (medica e chirurgica) ha il compito di

- stimolare l'integrazione e la collaborazione intra ed inter area sanitaria;
- Proporre e coordinare gli incontri di audit clinico con la specifica finalità di creare spirito di collaborazione ed integrazione tra la componente sanitaria e formare/informare la componente sanitaria su specifici argomenti clinico-scientifici;
- Supportare nella scelta dei testi, delle riviste scientifiche e dei siti web per la biblioteca dell'ospedale;
- Collaborare nella definizione dei criteri e dei relativi indicatori, di gestione delle risorse umane in riferimento soprattutto al modello delle competenze;
- Organizzare incontri di formazione su temi sanitari;
- Collaborare nella gestione dei rapporti con l'Università, contribuendo alla definizione dei relativi protocolli d'intesa, curando l'organizzazione dei corsi di specializzazione per quanto di competenza dell'Azienda .

#### 5.2. Direzione Area Gestionale

La direzione di area gestionale si compone delle seguenti unità:

- Gestione ed Amministrazione del Personale
- Sviluppo Risorse Umane
- Sistemi Informativi
- Ingegneria Clinica
- Ufficio Tecnico
- Servizi Generali ed Acquisti
- L'ufficio servizi generali

Di seguito sono rappresentate, in via esemplificativa, le finalità di ogni unità della Direzione Area Gestionale.

- Gestione ed Amministrazione del Personale, ha il compito di:

- predisporre i contratti di assunzione dei dipendenti ed altre forme contrattuali (co.co.pro, consulenze)
- gestire il personale dal punto di vista del trattamento giuridico, economico ed assistenziale
- trasmettere alla Contabilità e Bilancio o all'ufficio buste paga le informazioni per il pagamento delle competenze del personale
- Sviluppo Risorse Umane ha il compito di:
  - supportare le Direzioni nella ricerca, selezione e valutazione del personale;
  - fornire indirizzi sulla valutazione delle competenze e dei risultati del personale dell'Ospedale, in collaborazione con le aree sanitarie ed amministrative;
  - supportare le Direzioni nella formulazione delle strategie necessarie alla realizzazione del piano e dei programmi di formazione/aggiornamento e del relativo budget, coerenti con gli obiettivi dell'Azienda per la massima valorizzazione delle risorse professionali;
- Sistemi Informativi ha il compito di:
  - Pianificare lo sviluppo del sistema informatico integrato, individuando le priorità di sviluppo dei sistemi in relazione alle esigenze operative amministrative e sanitarie
  - Gestisce le esigenze informatiche operative al fine di assicurare la continuità del servizio l'archiviazione ed affidabilità dei dati raccolti, secondo normative.
  - Supporta nell'elaborazioni periodiche delle informazioni di ambito sanitario ed amministrativo.
  - Garantisce la manutenzione e la gestione dell'infrastruttura di rete e trasmissione dati e fonia anche verso l'HSR di Milano e verso le strutture esterne.
  - Assicura che i dati sensibili ai fini della privacy e della documentazione di carattere economico e sanitario, o comunque di interesse da parte di altre istituzioni pubbliche, non siano modificabili a posteriori ovvero rimanga traccia delle modifiche apportate anche quando lecite e/o debitamente autorizzate.
  - Assicura che l'accesso ai dati archiviati sia consentito solo alle persone autorizzate e che le procedure di autorizzazione riguardino le diverse operazioni quali lettura, modifica, copia, trasmissione e inserimento (es. password, firma digitale).

- Ingegneria Clinica ha il compito di:
  - gestire tutte le attività tecniche legate alle apparecchiature biomediche, alla definizione delle specifiche tecniche all'installazione e mantenimento della loro efficienza;
  - formare degli operatori all'uso corretto e sicuro delle apparecchiature per il paziente e per gli operatori.
  - Effettuare e/o supervisionare gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, delle apparecchiature elettromedicali
  
- Ufficio Tecnico ha il compito di :
  - supportare la Direzione nella definizione ed attuazione di programmi per gli interventi di ristrutturazione e di nuove realizzazioni edili ed impiantistiche
  
- Servizi Generali ed Acquisti ha il compito di
  - Indire gare e trattative di acquisto di beni e servizi
  - Formalizzare il contratto con l'aggiudicatario e conserva l'originale
  - Gestire l'albo dei fornitori
  - Seguire l'approvvigionamento dei beni e servizi

Trasmettere alla contabilità e bilancio la documentazione di interesse per la gestione amministrativa dei contratti stipulati

### 5.3 Area sanitaria

#### Direttore di Area Sanitaria :

- Il Direttore di Area Sanitaria, riporta gerarchicamente e funzionalmente alla Direzione Generale e nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:  
garantisce l'attuazione delle linee di indirizzo ricevute dalla Direzione Generale, nel rispetto delle normative vigenti, individuando le modalità di gestione e di controllo ottimali, verificando, nei rispettivi ambiti di competenza, mediante l'autorizzazione e controllo degli atti a consuntivo, la coerenza tra le politiche individuate ed attuate e gli andamenti,

all'interno dell'organizzazione aziendale, assicurando l'integrazione funzionale tra l'area amministrativo/gestionale e sanitaria.

coordina e controlla le attività degli uffici di propria competenza, assicurandone l'organizzazione e l'efficiente gestione e responsabilizzando il personale ai fini del raggiungimento dei risultati

sovrintende alla corretta gestione organizzativa, tecnico-sanitaria ed igienico-sanitaria delle Unità Operative in conformità alle normative vigenti, agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale;

assicura che il fabbisogno del personale in termini quantitativi e qualitativi, sia nel rispetto delle norme ed idoneo alla qualità ed alla tipologia dei servizi forniti

cura l'introduzione e l'utilizzo nell'organizzazione ospedaliera di strumenti e metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, d'intesa con il responsabile dell'U.O. Qualità;

cura l'introduzione e l'utilizzo nell'organizzazione ospedaliera di strumenti e metodologie necessarie alla gestione delle attività amministrativo-sanitarie di interesse generale quali: cartelle cliniche, schede di dimissione ospedaliere ecc..

cura la formazione e l'aggiornamento professionale del personale di area sanitaria preposto all'utilizzo degli strumenti e delle metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, nonché necessarie alla gestione delle attività amministrativo-sanitarie di interesse generale.

Cura l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte e le conseguenti trasmissioni agli organi competenti (Direzione Amministrativa, Direzione Generale, Organi Regionali).

Risponde agli organi competenti in termini di eventuali anomalie riscontrate sulla documentazione trasmessa e/o variazioni apportate.

verifica la coerenza e conformità della documentazione da inviarsi ai competenti Organi Regionali con quella in proprio possesso.

vigila sulla corretta tenuta della documentazione clinica e delle schede di dimissione ospedaliera in termini di correttezza, completezza e tempestività e ne cura la conservazione e custodia assicurandone l'accesso alle sole persone legittimate.

vigila sulla corretta applicazione degli iter di prenotazione – accettazione – fatturazione delle prestazioni sanitarie in collaborazione con la programmazione sanitaria

vigila sulle attività afferenti all'area l'assistenza ed l'emergenza sanitaria;

vigila sul rispetto della normativa in tema di sicurezza dell'ambiente di lavoro;  
vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte delle figure professionali addette alle attività sanitarie ed in particolare sulla corretta manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;

Dipendono dalla Direzione Sanitaria:

- gerarchicamente e funzionalmente L'Area dei servizi di supporto;
- gerarchicamente e funzionalmente Uffici con attività di controllo;
- funzionalmente le Unità Operative/Servizi di Area Sanitaria

L'Area dei servizi di supporto è composta dalle seguenti unità

- Servizio infermieristico
- Il Servizio Tecnico Riabilitativo
- Servizio Farmacia e logistica
- Servizio Psicologia Clinica
- Accettazione Sanitaria
- Programmazione Sanitaria Centralizzata
- Relazioni con il pubblico

- Servizio infermieristico

Il Servizio Infermieristico contribuisce al perseguimento della mission aziendale verso l'eccellenza, comunicando al personale di assistenza gli indirizzi di gestione, l'organizzazione e predisponendo i protocolli ed il sistema di monitoraggio dell'attività assistenziale e di supporto assistenziale, nell'ambito di un approccio globale alla persona. Il Servizio è garante dei processi di sviluppo delle competenze e della valutazione del governo dell'assistenza infermieristica.

- Servizio Tecnico Riabilitativo

Il Servizio Tecnico Riabilitativo contribuisce al perseguimento della mission aziendale verso l'eccellenza, comunicando al personale di riabilitazione gli indirizzi di gestione, l'organizzazione e predisponendo i protocolli ed il sistema di monitoraggio dell'attività,

nell'ambito di un approccio globale alla persona. Il Servizio è garante dei processi di sviluppo delle competenze e della valutazione del governo dell'attività Tecnico Riabilitativa.

- Servizio Tecnico Sanitario

Il Servizio Tecnico Diagnostico contribuisce al perseguimento della mission aziendale verso l'eccellenza, comunicando al personale Tecnico gli indirizzi di gestione, l'organizzazione e predisponendo i protocolli ed il sistema di monitoraggio dell'attività, in una logica di appropriatezza della prestazione e di efficienza organizzativa. Il Servizio è garante dei processi di sviluppo delle competenze e della valutazione del governo dell'attività Tecnica.

- Accettazione Sanitaria

Effettua le attività di prenotazione, accettazione amministrativa e pagamento ticket ed accettazione sanitaria delle prestazioni ambulatoriali, accettazione e dimissione di pazienti in regime di ricovero, consegna referti di radiologia e copie delle cartelle cliniche

- Programmazione Sanitaria Centralizzata

Il servizio di Programmazione Sanitaria Centralizzata che ha come funzione la pianificazione degli accessi ai ricoveri programmati, è in fase di istituzione e sarà operativo entro l'esercizio in essere.

- Ufficio Relazioni con il Pubblico

Ha la finalità di assicurare al cittadino-utente il diritto all'informazione ed il diritto al reclamo.

- Servizio Farmacia e Logistica

- Il Servizio Farmacia e logistica gestisce l'approvvigionamento dei presidi ed attrezzature sanitarie non elettromedicali in collaborazione con la Direzione Sanitaria ed Area Gestionale;
- garantisce la disponibilità dei prodotti con le corrette caratteristiche qualitative-quantitative e la relativa movimentazione.

- Gli uffici con attività di controllo sono composti dalle seguenti unità

- Ufficio ROD – Gestione e Controllo DRG
- Ufficio Riscontro Impegnative

- Ufficio ROD – Gestione e Controllo DRG

Controlla l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, eseguendo su di esse verifiche formali e sostanziali di appropriatezza, e coinvolgendo ove opportuno le Unità Operative interessate e fornendo loro le risultanze emerse.

Informa il Direttore Sanitario delle risultanze emerse e in particolare delle anomalie più rilevanti.

Quantifica e valorizza l'attività sanitaria svolta (DRG), trasmettendo l'informativa relativa alla produzione e di natura sanitaria ed economica alla Direzione Sanitaria a firma congiunta con le Unità Operative interessate;

Elabora le informazioni di natura sanitaria ed economica relative alla produzione e di interesse delle Unità Organizzative aziendali (U.O., Direzione Sanitaria, Servizio Contabilità).

Predisporre le registrazioni su formato cartaceo (SDO) ed elettronico per la trasmissione agli Organi Regionali competenti;

Garantisce la coerenza e conformità delle informazioni di natura sanitaria ed economica relative alla produzione e di propria competenza, con quelle utilizzate per la trasmissione agli Organi Regionali interessati da parte delle Unità Organizzative preposte.

Trasmette al sistema regionale le informazioni necessarie alla programmazione e al controllo delle attività sanitarie.

- Ufficio Riscontro Impegnative

Controlla la corrispondenza tra il planning giornaliero e le impegnative consegnate.

Esegue un controllo generale dell'impegnativa e le sistema in ordine progressivo in base al report di stampa.

Raccoglie le impegnative e predisporre i report su formato cartaceo ed elettronico per la trasmissione all' AUSL competente, con il supporto del sistema informativo ospedaliero.

Invia i report alla Direzione Sanitaria e Generale per la validazione del dato ed il successivo invio alla Contabilità e Bilancio per la registrazione contabile.

#### **5.4 Le unità operative sanitarie**

Attuano gli obiettivi concordati con la Direzione Generale, sotto il profilo gestionale ed economico, in termini del rispetto dei principali parametri quali, occupazione dei posti letto, degenza media, peso medio, nel rispetto dell'azione di coordinamento operativo svolto dalla Direzione Sanitaria.

Sono responsabili dell'organizzazione e del funzionamento delle strutture dipendenti e della corretta gestione e controllo delle risorse assegnate, garantendo l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, nel rispetto degli obiettivi concordati con la Direzione Generale.

Si riporta nella tabella seguente la struttura delle Unità Operative Sanitarie e delle relative Aree Medicali.

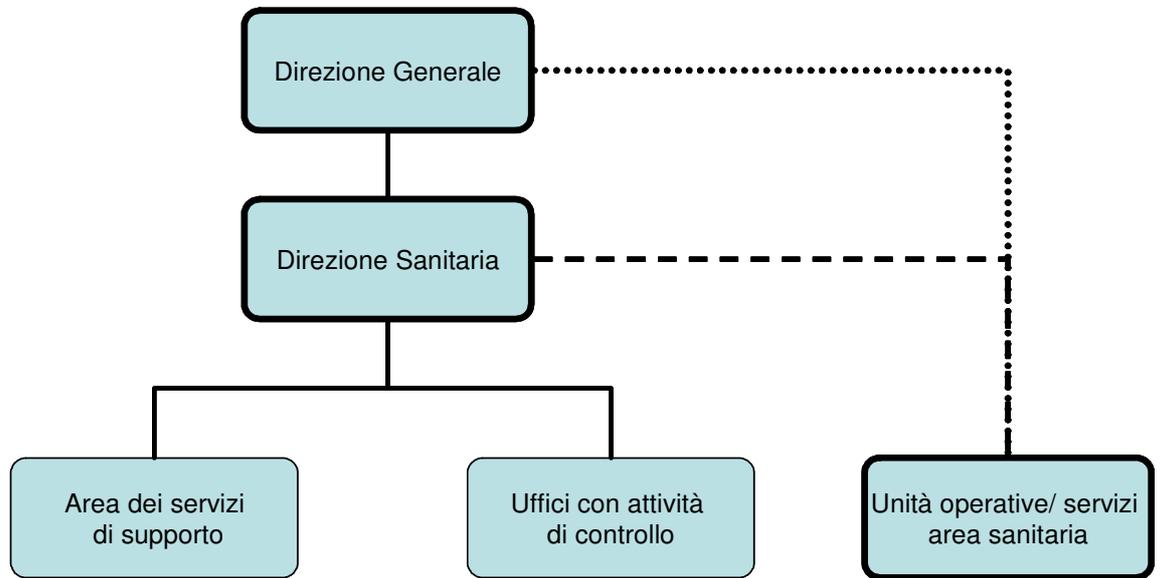
I

<b>Unità Operative</b>	<b>Area</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologia - UTIC</li> <li>• Medicina Generale</li> <li>• Neurologia</li> <li>• Oncologia</li> <li>• Pronto Soccorso</li> </ul>	AREA MEDICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia Generale</li> <li>• Chirurgia Vascolare</li> <li>• Ginecologia ed Ostetricia</li> <li>• Neurochirurgia</li> <li>• Oculistica</li> <li>• Ortopedia</li> <li>• Traumatologia</li> <li>• Urologia</li> </ul>	AREA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riabilitazione cardio – pneumologica</li> <li>• Riabilitazione neuro – motoria</li> <li>• Lungodegenza</li> </ul>	AREA RIABILITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia e Rianimazione</li> <li>• Diagnostica per Immagini</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Laboratorio Analisi</li> <li>• Psicologia Clinica</li> <li>• Servizio Interdivisionale Medicina Interna</li> </ul>	AREA dei SERVIZI

Responsabili di Unità Operative/Servizio ha un doppio riporto organizzativo infatti:

- gerarchicamente riportano alla Direzione Generale;
- funzionalmente riportano alla Direzione Sanitaria,

come riportato nel grafico seguente.



- Legenda**
- Riporto gerarchico e funzionale
  - - - - - Riporto funzionale
  - ..... Riporto gerarchico

### Il Responsabile di Unità Operative/Servizio:

- E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Generale, della corretta gestione e controllo delle risorse assegnate nell'ambito della programmazione, garantendo l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate
- Gestisce le attività della propria U.O. con particolare attenzione all'appropriatezza della cura e dei ricoveri e alla qualità del servizio fornito, promuovendo azioni di miglioramento
- Assicura la corretta gestione (per completezza, precisione, tempestività, aggiornamento, custodia, autorizzazione) della documentazione sanitaria e della sua fedeltà all'assistenza fornita.
- Assicura la corretta gestione dei materiali e delle attrezzature in dotazione.
- Fornisce alla Direzione Sanitaria gli elementi necessari per le verifiche formali e sostanziali, circa l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.
- verifica in termini di aderenza con l'attività effettivamente svolta, l'informativa relativa alla produzione di natura sanitaria ed economica prodotta dal R.O.D..
- E' responsabile della corretta gestione della lista di attesa per il ricovero.
- Assicura che vengano date ai pazienti informazioni chiare ed esaustive sulle pratiche cliniche suggerite.
- Si interfaccia con i Responsabili delle altre U.O. interne all'ospedale o esterne, per definire le regole per le attività in interconnessione e per gli obiettivi comuni inerenti alla cura del paziente.
- Aiuta nella sensibilizzazione degli operatori sanitari all'utilizzo di linee guida e protocolli nazionali ed internazionali di buona pratica clinica e ne verifica la corretta applicazione all'interno dell'U.O.
- Valuta l'adeguatezza dell'organizzazione e delle risorse umane e tecnologiche della propria U.O.
- Valuta le necessità di formazione e di aggiornamento del personale che coordina assicurando che il personale sanitario risponda ai requisiti specifici di idoneità alla mansione svolta nell'ambito della formazione continua;
- Favorisce momenti di incontro tra i collaboratori per la discussione di casi clinici.
- Conosce gli obiettivi aziendali e collabora al loro raggiungimento anche attraverso la raccolta e l'utilizzo di indicatori
- Opera nel rispetto delle norme organizzative ed etiche stabilite nell'U.O. e nell'Ospedale.

### **5.5 Comitato di monitoraggio della sperimentazione gestionale**

Ha la funzione di monitorare costantemente il processo di attuazione della sperimentazione, di esprimere pareri e formulare proposte, anche al fine di individuare le esigenze di adeguamento del progetto in relazione all'esperienza progressivamente acquisita.

Al Comitato sono proposte anche eventuali controversie connesse con l'interpretazione ed attuazione della convenzione per la ricerca di una soluzione concordata tra le parti in causa.

### **5.6 Comitato etico**

Il Comitato Etico per l'assistenza e la ricerca della Fondazione, si ispira ai principi che informano lo Statuto della Fondazione.

Il Comitato Etico concorre alla promozione di un dialogo interdisciplinare circa le questioni poste dallo sviluppo delle scienze biomediche e dalla pratica clinica assistenziale, e della ricerca biomedica, ai fini sia della valutazione etico-scientifica, approvazione e monitoraggio dei protocolli sperimentali, sia della valutazione della pratica clinica assistenziale, assicurando la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere di tutte le persone che partecipano all'attività di sperimentazione, con particolare attenzione alle sperimentazioni che coinvolgono soggetti vulnerabili.

A tale scopo, il Comitato Etico analizza secondo i criteri di buona pratica clinica i profili scientifici ed etici di tutti i protocolli di sperimentazione proposti nell'ambito della Fondazione o da proponenti esterni ed esprime un parere scritto e motivato.

Inoltre, il Comitato Etico, su richiesta del personale sanitario o di pazienti o loro rappresentanti, prende in esame casi o problemi clinici connessi con l'attività svolta all'interno della Fondazione, ed esprime pareri e raccomandazioni.

E' così composto dalle seguenti figure professionali:

un eticista; un avvocato; un giurista; un medico Medicina Generale; il Direttore Area Sanitaria; un Biostatistico; un farmacologo clinico; un farmacista; uno psicologo; un Clinico Medico; un Clinico Chirurgo; un teologo morale; un responsabile del settore infermieristico; un rappresentante del volontariato per l'assistenza o dell'associazionismo di tutela dei pazienti; un responsabile di Unità Operativa dell'Area Clinica; un responsabile di Unità Operativa dell'Area Riabilitativa.

I membri del Comitato Etico vengono nominati dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione e durano in carica 3 anni.

## **5.7 L'Organo di Controllo Interno**

Con l'Ordine di Servizio del 10/10/2008, ovvero in occasione della formale adozione del Modello, il Consiglio di Amministrazione ha istituito l'Unità Organizzativa "Organo di Controllo Interno", cui è assegnata la *mission* di svolgere tutte le necessarie attività di analisi del sistema di controllo interno con particolare riferimento all'area a rischio reato "Gestione drg e altri flussi per il rimborso delle prestazioni ospedaliere" per la quale svolge attività di controllo specifiche volte a verificare l'adeguatezza del disegno del controllo ed il rispetto dei relativi protocolli di controllo.

La scelta è stata ispirata dalla necessità di costituire una Unità Organizzativa che godesse di ampia autonomia operativa e di risorse, nonché dell'indipendenza necessaria allo svolgimento dei propri compiti, precipuamente deputata ad effettuare le necessarie verifiche sul sistema di controlli interni, contribuendo, in tal modo, a garantire la correttezza e l'eticità dei comportamenti aziendali.

Il Responsabile dell'Organo di Controllo Interno, riporta funzionalmente al Consiglio di Amministrazione della Fondazione e Gerarchicamente al Direttore Generale ed è membro dell'Organismo di Vigilanza.

L'Organo di Controllo Interno supporta nelle attività operative l'Organismo di Vigilanza della Fondazione

## **5.8 Definizione dell'organigramma e del regolamento organizzativo aziendale**

Al fine di rendere immediatamente chiaro il ruolo e le responsabilità di ciascuno nell'ambito del processo decisionale aziendale, la Fondazione, ha messo a punto un prospetto sintetico nel quale è schematizzata la propria struttura organizzativa (Organigramma) ed un Regolamento Aziendale.

Nell'Organigramma, in particolare, sono specificate:

- le Direzioni/Unità in cui si suddivide l'attività aziendale;
- le linee di dipendenza gerarchica e funzionale dei singoli enti aziendali;
- i soggetti che operano nelle singole aree ed il relativo ruolo organizzativo.

Nel Regolamento Aziendale sono specificate:

La mission e politiche aziendali

Gli indirizzi della gestione

Il funzionigramma ove sono rappresentate le unità organizzative fino al livello dei diretti riporti dei responsabili di

- Uffici di Staff della Direzione Generale;
- Direzione di Area Gestionale
- Servizi Amministrativi;
- Direzione di Area Sanitaria
- Unità Operative Sanitarie;
- Unità Funzionali Sanitarie.

Per ogni Unità è riportata la mission specifica, che sintetizza le finalità della struttura e le principali aree di responsabilità.

Tali documenti, che specificano precisamente la struttura organizzativa, sono stati predisposti dall'Ufficio Qualità e sono, da parte del medesimo ufficio, oggetto di costante e puntuale aggiornamento in funzione dei cambiamenti effettivamente intervenuti nella struttura organizzativa.

I documenti di sintesi indicati sono oggetto di ufficiale comunicazione a tutto il personale della Fondazione anche attraverso la loro pubblicazione sulla rete intranet aziendale.

### **6 Il Sistema di Deleghe e procure**

Conformemente a quanto stabilito e previsto dalle vigenti Linee Guida in materia di D. Lgs. 231/2001 e alla buona pratica aziendale, è compito del Consiglio di Amministrazione della Fondazione quello di conferire ed approvare formalmente le deleghe ed i poteri di firma, assegnati in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite e prevedendo una puntuale indicazione delle soglie di approvazione delle spese.

Il livello di autonomia, il potere di rappresentanza ed i limiti di spesa assegnati ai vari titolari di deleghe e procure all'interno della Fondazione risultano individuati e fissati in stretta coerenza con il livello gerarchico del destinatario della delega o della procura.

Al verificarsi di cambiamenti organizzativi nella struttura della Fondazione, i poteri così conferiti saranno conseguentemente aggiornati e comunicati a tutte le funzioni e soggetti aziendali e all'Organismo di Vigilanza e al Collegio Sindacale.

### **La struttura del sistema di deleghe e procure e funzioni:**

Il sistema di deleghe e procure attualmente in vigore riproduce quanto emerge dall'Organigramma aziendale.

La struttura delle responsabilità della Fondazione è declinabile in :

- ➔ Consiglio di Amministrazione ed organi di controllo;
- ➔ Direzione Generale
- ➔ Uffici di Staff della Direzione Generale;
- ➔ Direzione di Area Gestionale
- ➔ Servizi Amministrativi;
- ➔ Direzione di Area Sanitaria
- ➔ Unità Operative Sanitarie;
- ➔ Unità Funzionali Sanitarie.

Le risorse umane, sono aggregate in una struttura organizzativa di responsabilità e di deleghe funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività e all'economicità della Fondazione ed è basata sui seguenti criteri generali:

- competenze specialistico-funzionali, in virtù della rilevanza e della criticità della funzione svolta, della complessità tecnica, dell'innovazione;
- rilevanza strategica rispetto gli obiettivi aziendali;
- livelli di autonomia e responsabilità;
- dimensione in termini di consistenza di risorse di budget;

### **7 Le procedure manuali e informatiche**

Nell'ambito del proprio sistema organizzativo, la Fondazione ha predisposto un complesso di procedure, sia manuali e sia informatiche, volto a regolamentare lo svolgimento delle attività aziendali, nel rispetto delle principali Linee Guida (Confindustria, ARIS e AIOP).

In particolare, le procedure approntate dalla Fondazione, sia manuali sia informatiche, costituiscono le regole da seguire in seno ai processi aziendali interessati, prevedendo anche i controlli da espletare al fine di garantire la correttezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività aziendali.

Quanto, specificatamente, alle procedure informatiche, può indicarsi, in estrema sintesi, che i principali sistemi di gestione dell'area amministrativa sono supportati da applicativi informatici di alto livello qualitativo, affermati sia in sede nazionale che internazionale. Essi costituiscono di per sé la "guida" alle modalità di effettuazione di determinate transazioni e assicurano un elevato livello di standardizzazione e di *compliance*, essendo i processi gestiti da tali applicativi valicati a monte del rilascio del software.

Le piattaforme più diffusamente utilizzate sono: *Praezisionlife-Isolabella* per l'area contabile e gestionale (fatturazione, gestione ambulatori, flussi sanitari, prenotazioni, Pronto Soccorso, Ricoveri e pre-ricoveri); *Noemalife – DNLAB* per il Servizio di Laboratorio Analisi, *GPI – EUSIS*: per il Servizio di Contabilità, il Magazzino, e la Farmacia.

In questo contesto, pertanto, la Fondazione assicura il rispetto dei seguenti principi:

favorire il coinvolgimento di più soggetti, onde addivenire ad una adeguata separazione dei compiti mediante la contrapposizione delle funzioni;

adottare le misure volte a garantire che ogni operazione, transazione, azione sia verificabile, documentata, coerente, congrua;

prescrivere l'adozione di misure volte a documentare i controlli espletati rispetto alle operazioni e/o le azioni effettuate.

## **8. L'Organismo di Vigilanza**

In ottemperanza a quanto statuito all'art. 6 del D. Lgs. n. 231/2001, la Fondazione ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello di

organizzazione, gestione e controllo e di curarne l'aggiornamento all'Organismo di Vigilanza, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo (d'ora innanzi definito OdV). L'affidamento dei suddetti compiti all'OdV, ed il corretto ed efficace svolgimento degli stessi sono presupposti indispensabili per l'esonero dalla responsabilità, sia che il reato sia stato commesso dai soggetti "apicali" (come individuati espressamente dall'art. 6 D. Lgs. 231/2001), che dai soggetti sottoposti all'altrui direzione (di cui all'art. 7).

### **8.1 Nomina e composizione dell'OdV e suoi requisiti**

In assenza di alcuna specifica indicazione in merito alla composizione dell'OdV, nemmeno da parte del D. Lgs. 231/2001 le Linee Guida evidenziano la possibilità di optare sia per una composizione di tipo monosoggettivo, che di tipo plurisoggettivo, rimettendo di volta in volta la scelta agli Enti interessati.

La Fondazione, stante le proprie dimensioni aziendali e al fine di garantire una maggiore effettività dei controlli demandati dalla legge ha ritenuto opportuno, dotarsi di un OdV a composizione collegiale.

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione provvede alla nomina dell'OdV quale organo collegiale, composto da 3 (tre) membri e precisamente:

- Il Responsabile della funzione di Internal Auditing.  
Quale membro interno Dott.ssa Enza Ciolino.
- Un professionista esterno alla Fondazione, che abbia competenza e comprovata esperienza in materie attinenti ai compiti assegnati all'OdV nonchè a funzioni di Presidenza dello stesso.  
Individuato nella persona del Dott. Luciano La Camera,
- Un professionista esterno alla Fondazione, che abbia competenza e comprovata esperienza in materie giuridiche, ed in particolare in tema di D. Lgs. 231/2001.  
Individuato nella persona dell'Avv. Michela Bacchini.

La funzione di Presidente viene attribuita a soggetto esterno anche al fine di rafforzare e garantire ulteriormente la forte autonomia e indipendenza dell'OdV.

Per assicurare continuità di azione, invece, oltre che esperienza in attività ispettiva e analisi del sistema di controllo si è appunto individuata un componente interno la Fondazione che ha il valore aggiunto di una significativa conoscenza dell'azienda, ossia il Responsabile della funzione di Internal Auditing. La scelta infine, della figura di un legale, quale professionista, esperto in materie giuridiche ed in particolare in tema di attuazione e adeguamento del D. Lgs. 231/2001, in quanto disporrebbe delle competenze giuridiche necessarie per lo svolgimento dei compiti dell'OdV.

In ogni caso, il membro interno alla Fondazione sarà tenuto a fornire all'Organismo tutto il supporto necessario al fine di consentire il più valido esperimento dell'attività di controllo e riscontro.

Il Consiglio di Amministrazione, definisce la durata dell'incarico in anni 5 (cinque), rinnovabili a ciascuna scadenza, e il compenso per componenti dell'OdV.

*La revoca dell'incarico ai componenti dell'OdV è consentita:*

- a. in tutti i casi in cui la legge ammette la risoluzione, ad iniziativa del datore di lavoro, del rapporto di lavoro dipendente (nei confronti del dipendente della Fondazione);
- b. per motivi connessi all'inadempimento specifico, sia esso doloso o colposo, agli obblighi di cui all'incarico (come ad esempio infedeltà, negligenza, inefficienza. etc);
- c. nei casi di impossibilità sopravvenuta;
- d. allorquando vengono meno in capo ai membri i requisiti previsti per la loro designazione di seguito esposte;
- e. allorquando cessi il rapporti di dipendenza con la Fondazione ad iniziativa del membro dell'OdV.

In particolare, la carica di membro dell'OdV non può essere ricoperta da coloro che<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> Trattasi dei medesimi requisiti di onorabilità richiesti per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo presso gli intermediari finanziari richiesti dall'art. 109 del D. Lgs. 385/1993, come dettagliati dal D.M. Tesoro 30 dicembre 1998, n. 516, art. 4.

a) si trovano in una delle condizioni di ineleggibilità o decadenza previste dall'art. 2382 del codice civile;

b) sono stati sottoposti a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria ai sensi della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o della legge 31 maggio 1965, n. 575, salvi gli effetti della riabilitazione;

c) sono stati condannati con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione:

- ❑ a pena detentiva per uno dei reati previsti dalle norme che disciplinano l'attività bancaria, finanziaria, mobiliare, assicurativa e dalle norme in materia di mercati e valori mobiliari, di strumenti di pagamento;
- ❑ alla reclusione per uno dei delitti previsti nel Titolo XI del Libro V del codice civile e nel regio decreto del 16 marzo 1942, n. 267;
- ❑ alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per un delitto contro la pubblica amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;
- ❑ alla reclusione per un tempo non inferiore a due anni per un qualunque delitto non colposo.

d) sono stati condannati con sentenza definitiva che applica la pena su richiesta delle parti, salvo il caso dell'estinzione del reato:

- ❑ a pena detentiva per un tempo non inferiore a un anno per uno dei reati previsti dalle norme che disciplinano l'attività bancaria, finanziaria, mobiliare, assicurativa e dalle norme in materia di mercati e valori mobiliari, di strumenti di pagamento;
- ❑ alla reclusione per un tempo non inferiore a un anno, per uno dei delitti previsti nel Titolo XI del Libro V del codice civile e nel regio decreto del 16 marzo 1942, n. 267;

---

Si veda in proposito A. ALBERICI – P. BARUFFI – M. IPPOLITO- A. RITTATORE VONWILLER – G. VACIAGO, *Il Modello di Organizzazione, gestione e controllo di cui al D. Lgs. 231/2001*, Milano 2008, Giuffrè Editore.

- ❑ alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per un delitto contro la pubblica amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;
- ❑ alla reclusione per un tempo non inferiore a due anni per un qualunque delitto non colposo.

E) hanno riportato in Stati esteri condanne penali o altri provvedimenti sanzionatori per fattispecie corrispondenti a quelle che comporterebbero secondo la legge italiana la perdita dei requisiti di onorabilità.

#### *Dimissioni da membro dell'OdV*

In caso di dimissioni di uno o più membri dell'OdV, il CdA provvede alla sostituzione alla prima adunanza utile.

I membri dimissionari rimangono in carica fino alla deliberazione di nomina del nuovo membro.

#### *I principali requisiti dell'OdV sono i seguenti:*

- **Autonomia e indipendenza:** per garantire autonomia dell'iniziativa di controllo da ogni forma d'interferenza e/o condizionamento da parte di qualunque componente dell'ente, la Fondazione ha posto l'OdV come unità di staff in una posizione svincolata dalla linea gerarchica, con funzioni di riporto solo al Consiglio di Amministrazione. Poiché i requisiti di autonomia e indipendenza devono caratterizzare l'intera attività dell'Organo, è privo di compiti operativi, onde evitare che partecipando a decisioni o attività operative della Fondazione possa non essere obiettivo nelle verifiche sui comportamenti e sul Modello.
- **Professionalità:** la Fondazione ha prestato particolare attenzione al fatto che l'OdV possieda un insieme di strumenti e tecniche tali da poter svolgere efficacemente l'attività assegnata. Si precisa che trattasi di tecniche specialistiche proprie di chi

svolge attività ispettiva e consulenziale di analisi dei sistemi di controllo e di tipo giuridico con particolare riguardo alle disposizioni di cui al D. Lgs. 231/2001.

- **Continuità di azione:** al fine di garantire l'efficace e costante attuazione degli adempimenti di cui al D. Lgs. 231/2001, nella Fondazione è stata individuata una struttura (area Internal Auditing) dedicata esclusivamente ed a tempo pieno all'attività di vigilanza, controllo e monitoraggio del Modello, e che sia priva di mansioni operative.

**Onorabilità ed assenza di conflitto d'interessi:** i membri dell'OdV dovranno possedere le medesime caratteristiche personali e professionali richiesti con riferimento ad amministratori. Ed in particolare trovarsi in assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, con la Fondazione tali da pregiudicare l'indipendenza richiesta dal ruolo e dai compiti che si andrebbero a svolgere, nonché assenza di relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il IV grado con componenti del Consiglio di Amministrazione, soggetti apicali in genere, sindaci della Fondazione e revisori.

## **8.2 Funzioni e poteri dell'OdV**

All'OdV è affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello curandone l'aggiornamento.

Pertanto i compiti cui l'Organismo è chiamato ad assolvere sono:

### 1) verifica e vigilanza sul Modello.

Con particolare attenzione a verificarne:

- **l'adeguatezza** del Modello e quindi la sua reale capacità a prevenire, la realizzazione dei reati di cui al D. Lgs. 231/2001;
- **l'effettività** del Modello, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti e il Modello istituito, segnalando gli eventuali scostamenti

comportamentali rilevati a seguito dell'analisi dei flussi informativi nonché pervenuti dalle segnalazioni inoltrate dai responsabili delle varie funzioni;

- **osservanza** del Modello da parte dei Dipendenti, Consulenti e organi della Fondazione.

## 2) aggiornamento del Modello.

Quale proposte in senso dinamico al Consiglio di Amministrazione nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni e adeguamenti del Modello adottato dalla Fondazione, al fine di migliorarne l'adeguatezza e l'efficacia, in conseguenza di significative violazioni delle prescrizioni del Modello; significative modificazioni dell'assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività aziendali; successive modifiche normative.

## 3) analisi circa il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Modello.

## 4) informazione e formazione sul Modello.

In particolare:

- promuovere e monitorare le iniziative dirette a favorire la diffusione della conoscenza e comprensione del Modello presso tutti i soggetti tenuti al rispetto delle relative previsioni;
- promuovere e monitorare le iniziative, tra cui i corsi e le comunicazioni, volte a favorire un'adeguata conoscenza del Modello da parte di tutti i Destinatari;
- riscontrare tempestivamente, le eventuali richieste di chiarimento in merito al Modello, provenienti dagli organi aziendali.

## 5) gestione dei flussi informativi da e verso l'OdV:

- assicurare e mantenere il puntuale adempimento da parte dei soggetti interessati, di tutte le attività di reporting inerenti il rispetto del Modello:
- esaminare e valutare tutte le informazioni e/o segnalazioni ricevute e connesse al rispetto del Modello, incluso anche ciò che attiene le eventuali violazioni dello stesso;
- informare il Consiglio di Amministrazione in merito all'attività svolta, ai relativi risultati ed alle attività programmate;

- segnalare al Consiglio di Amministrazione, per ogni opportuno provvedimento, i soggetti responsabili delle eventuali violazioni del Modello, proponendo altresì la sanzione ritenuta più opportuna rispetto al caso concreto;
- nel caso di controllo da parte di soggetti istituzionali, compresa la Pubblica Autorità, fornire le necessarie informazioni in proprio possesso agli organi ispettivi.

L'attività di reporting dell'OdV al Consiglio di Amministrazione avrà ad oggetto, in particolare:

- l'attività, in genere svolta dall'OdV;
- problematiche e criticità che si siano rilevate nell'espletamento dell'attività di vigilanza;
- i correttivi, necessari o eventuali, da apportare al fine di assicurare l'efficacia e l'effettività del Modello;
- l'accertamento di comportamenti non in linea con il Modello;
- la rilevazione di carenze organizzative o procedurali tali da esporre la Fondazione al pericolo che siano commessi reati rilevanti ai fini del D. Lgs. n. 231/2001;
- l'eventuale mancata o carente collaborazione da parte delle funzioni aziendali nell'espletamento dei propri compiti di verifica e/ d'indagine;
- in generale, qualsiasi informazione ritenuta utile ai fini degli adempimenti connessi al Decreto.

L'OdV è tenuto a predisporre una relazione informativa, su base almeno quadrimestrale, per il Consiglio di Amministrazione, in ordine alle attività di verifica e controllo compiute ed all'esito delle stesse.

E' facoltà del Consiglio di Amministrazione convocare l'OdV, con un congruo preavviso, qualora emergano problematiche connesse al D. Lgs. n. 231/2001 che necessitino di una urgente valutazione e disamina.

Gli incontri sono verbalizzati e le copie dei verbali sono conservate presso gli uffici dell'OdV.

Alle riunioni devono essere presenti tutti i membri dell'OdV.

Modalità di funzionamento:

L'OdV può invitare alle proprie riunioni persone a esso estranee che facciano parte o meno del personale della Fondazione; in particolare potranno presenziare alle riunioni; membri del CdA, membri del Collegio Sindacale, revisori incaricati dalla società di revisione, consulenti esterni e responsabili delle funzioni centrali e/o periferiche della società chiamati a riferire su argomenti di stretta competenza.

Verbalizzazione delle sedute:

I contenuti delle riunioni e le decisioni assunte sono riportati nel verbale, sottoscritto dai membri dell'OdV e redatto da un segretario nominato dal presidente. Il segretario su mandato del presidente cura la stesura dell'ordine del giorno, l'invio delle convocazioni, la redazione dei verbali delle riunioni e la trasmissione degli stessi al CdA.

Le comunicazioni dell'Organismo al CdA, avverranno con la seguente tempistica:

- all'inizio di ciascun esercizio:  
il piano delle attività che intende svolgere per adempiere ai compiti assegnategli;
- periodicamente:  
lo stato di avanzamento del programma;
- immediatamente:  
eventuali problematiche significative scaturite dalle attività.

Per l'espletamento dei compiti ad esso conferiti, l'OdV ha tutti i poteri necessari ad assicurare una puntuale ed efficiente vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello.

L'OdV, anche per il tramite delle risorse di cui dispone, ha infatti facoltà, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo:

- di effettuare tutte le verifiche e le ispezioni ritenute opportune ai fini del corretto espletamento dei propri compiti, anche a sorpresa;
- di accedere liberamente presso tutte le funzioni, gli archivi ed i documenti della Fondazione, senza alcun consenso preventivo o necessità di autorizzazione, al fine di ottenere ogni informazione, dato o documento ritenuto necessario ai fini degli adempimenti del Decreto.

- di disporre l'audizione delle risorse che possano fornire indicazioni o informazioni utili in merito allo svolgimento dell'attività aziendale o ad eventuali disfunzioni o violazioni del Modello.
- di avvalersi, sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità, dell'ausilio di tutte le strutture della Fondazione o di consulenti esterni.

#### Autonomia finanziaria

Al fine di garantire autonomia e indipendenza all'OdV, esso viene dotato dal CdA di risorse finanziarie, in termini di potere di spesa, adeguate a supportarlo nei compiti affidati e a raggiungere risultati ragionevolmente ottenibili.

Dette risorse potranno essere impiegate per acquisizione di consulenze professionali, strumenti e/o quanto altro si dovesse rendere necessario o opportuno per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie di un OdV.

#### 8.3 Il Regolamento dell'OdV

La definizione e individuazione degli aspetti attinenti alla continuità dell'azione dell'OdV, quali la calendarizzazione dell'attività, la verbalizzazione delle riunioni e la disciplina dei flussi informativi verrà approvato dall'OdV, in conformità a quanto previsto e statuito dalla normativa di riferimento, sono rimesse ad un Regolamento di funzionamento interno da adottarsi esclusivamente da parte dell'OdV, affinché sia garantita l'assoluta indipendenza dello stesso.

#### 8.4 I flussi informativi verso l'OdV

L'OdV deve essere informato, mediante apposite segnalazioni da parte dei soggetti tenuti all'osservanza del Modello, in merito a eventi che potrebbero ingenerare responsabilità della Fondazione ai sensi del D. Lgs. 231/2001.

Devono essere obbligatoriamente e immediatamente trasmesse all'OdV le informazioni che possono avere attinenza con violazioni, anche solo potenziali, del Modello quali, in via esemplificativa e non esaustiva:

- a. Le decisioni relative alla richiesta, erogazione ed utilizzo di finanziamenti pubblici.
- b. Le richieste di assistenza legale inoltrate da dirigenti e/o dipendenti nei confronti dei quali la Magistratura ha avviato un procedimento penale.
- c. Provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di Polizia Giudiziaria o da qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini che interessano, anche indirettamente la Fondazione, i suoi dipendenti, collaboratori e consulenti, con particolare evidenza per i reati di cui al D. Lgs. 231/2001.
- d. Le commissioni d'inchiesta o relazioni interne dalle quali emergano responsabilità per le ipotesi di reato di cui al D. Lgs. n. 231/2001.
- e. Notizie relative ai procedimenti disciplinari in corso e alle eventuali sanzioni irrogate ovvero la motivazione della loro archiviazione.
- f. I prospetti riepilogativi degli appalti affidati a seguito di gare a livello nazionale e europeo, ovvero a trattativa privata.
- g. Eventuali ordini ricevuti dal superiore ritenuti in contrasto con la legge, i regolamenti o circolari interni, o con il Modello.
- h. Eventuali richieste od offerte di doni o di altre utilità provenienti da pubblici uffici o incaricati di pubblico servizio o comunque di dipendenti della Pubblica Amministrazione.
- i. Eventuali scostamenti significativi dal budget o anomalie di spesa emerse.
- j. Eventuali omissioni, trascuratezze o falsificazioni nella tenuta della contabilità o nella conservazione della documentazione su cui si fondano le registrazioni contabili.

La verifica puntuale e sistematica dei fenomeni che gli vengono rappresentati con la trasmissione delle informazioni è rimessa alla valutazione dell'OdV e gli consentono altresì di migliorare e implementare la propria attività di pianificazione dei controlli.

### **8.5 Raccolta e conservazione delle informazioni**

Ogni informazione, segnalazione, report previsti nel Modello sono conservati dall'OdV in un apposito database informatico e/o cartaceo.

Quest'ultimo definisce con apposita disposizione interna criteri e condizioni di accesso al database.

Le segnalazioni dovranno essere inoltrate all'OdV per iscritto presso la Segreteria dell'OdV sita in Cefalù (PA), Contrada Pietrapollastra-Pisciotta, oppure a mezzo posta elettronica all'indirizzo [organismo.vigilanza@hsrgiglio.it](mailto:organismo.vigilanza@hsrgiglio.it) e l'OdV garantirà la riservatezza del soggetto che effettua la segnalazione (salvo la ricorrenza di eventuali obblighi di legge che impongano diversamente), affinché gli stessi non siano, oggetto di ritorsioni, discriminazioni o, comunque, penalizzazioni.

## 9. Il Codice Etico

### 9.1 La Missione

La Missione della Fondazione Istituto S. Raffaele - G. Giglio di Cefalù (FSRG), è incentrata sull'obiettivo prioritario di contribuire a ridurre la mobilità passiva che vede tanti pazienti siciliani affluire in altre strutture sanitarie nazionali o estere. Poiché la mobilità passiva è concentrata nel campo oncologico, sia chirurgico sia medico sia nella medicina nucleare e nella radioterapia, alla FSRG è chiesto di sviluppare in modo particolare le branche e le specialità attinenti l'oncologia, che acquista pertanto un carattere strumentale.

La scelta da parte della Regione Siciliana di un partner tecnico come la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor di Milano (HSR), deriva dalla particolare esperienza di questa istituzione nella oncologia e dalla sua riconosciuta professionalità che la rendono una delle strutture sanitarie più frequentate da pazienti italiani e siciliani. Tale motivazione è affiancata da quella altrettanto rilevante di realizzare in Sicilia un struttura sanitaria di ispirazione HSR, la quale possa agire da traino e stimolo per lo sviluppo di una sanità migliore al servizio del cittadino come già HSR ha avuto modo di farsi apprezzare in Regione Lombardia.

Ad HSR è perciò assegnato il compito di portare a Cefalù la propria "medicina" e il proprio modo di "fare medicina" per raggiungere gli obiettivi assistenziali della Regione Siciliana.

Alla FSRG compete perciò la duplice missione di ridurre la mobilità passiva e di reiterare a Cefalù il modello assistenziale di HSR.

Ciò comporta che la missione e la politica sanitaria di FSRG si richiamino strettamente a quelle di HSR cercando di farle proprie e contemporaneamente di adattare a un contesto differente da quello lombardo. Da questo punto di vista FSRG può dire, analogamente a HSR, che la sua missione è sintetizzata

*“Nel comando evangelico “Andate, insegnate, guarite!” e si traduce nell’orientamento dell’attività di assistenza, ricerca e didattica ad un unico obiettivo: la centralità dell’uomo nella sua triplice dimensione bio-psico-spirituale.”*

*“Tutto..... è incentrato sull’ammalato. E’ determinante la organizzazione unitaria delle discipline cliniche, scientifiche, umanistiche, delle tecnologie, dei metodi e dei modelli interpretativi.” (Don Luigi Verzè).*

Per FSRG come per HSR, *“la medicina è importante se è fondata sull’idea di uomo e, quindi, se è realmente “eccellente” e per tutti, se guarisce in radice la malattia, cioè se è scienza; se è competente, cioè se cura l’uomo non soltanto nel suo corpo; se lo conosce perché lo ama nella sua unitarietà, nel suo profondo desiderio di essere. Il fine della Fondazione è quello di garantire una Medicina più sicura e una elevata motivazione negli operatori che la esercitano.”*

Se quanto sopra costituisce la missione di FSRG per quanto concerne la “medicina”, la missione intesa come risultato economico e livello assistenziale cui la FSRG si deve richiamare in quanto organo della Regione Siciliana va ricondotta alle sue stesse ragioni d’essere: riduzione della mobilità passiva e stimolo verso l’innalzamento del livello assistenziale regionale. Queste ragioni ben si sposano con chi, come HSR, fa della sanità e del servizio al malato la propria ragion d’essere non per costrizione o mero interesse economico, ma per vocazione etica.

In altri termini la “medicina” HSR deve contribuire a mantenere i cittadini siciliani nella loro regione senza che le cure che essi ricevono abbiano a scapitarne rispetto a quelle che potrebbero ricevere a Milano, così come deve avere un effetto traino verso le altre strutture sanitarie regionali.

La capacità di FSRG di rispondere a questa duplice vocazione rappresenta il parametro ideale per misurare il rispetto della propria Mission.

La FSRG in quanto emanazione della Regione Siciliana, recepisce comunque da questa, caratteristiche tipiche del mondo pubblico circa il proprio rapporto con il cittadino/utente. In particolare la FSRG esercita, di fatto, un’attività di pubblico servizio che in quanto tale, non può essere interrotta e non può rifiutare le proprie prestazioni a chi vi fa ricorso. Caratteristiche che ben si sposano con la visione non laica che ha HSR della sanità.

Tale mission si traduce nel varo di un idoneo Codice Etico i cui contenuti sono di seguito esposti.

## **9.2 Elaborazione ed approvazione del Codice Etico**

FSRG, in coerenza con la propria mission come sopra definita, cura con particolare attenzione la valorizzazione e la salvaguardia dei profili etici della propria attività e si propone di garantire una adeguata formazione del personale dipendente, incentrata sulla condivisione della propria cultura di impegno, correttezza e rispetto delle regole.

Nell'ambito di tale attività di formazione, provvederà a redigere, aggiornare e distribuire a tutti i dipendenti il proprio Codice Etico, il quale costituisce una guida alle *policy* aziendali ed ai requisiti di legalità che governano la sua condotta.

Scopo precipuo del Codice Etico è individuare e definire in modo chiaro ed esaustivo l'insieme dei valori, dei principi fondamentali e delle norme comportamentali che costituiscono il presupposto irrinunciabile per il corretto svolgimento delle attività della Fondazione.

Il Codice Etico si conforma ai principi indicati sia nelle Linee Guida di Confindustria aggiornate al 2008, nonché a quelle delle Associazioni di Categoria: Linee Guida AIOP 2004 e ARIS approvate dal ministero nel 2005.

Il Codice Etico, costituisce l'unico riferimento per fornire l'indirizzo etico di tutte le attività della Fondazione.

### **9.3 Destinatari del Codice Etico**

Destinatari del Codice Etico sono tutti i componenti dei suoi Organi Collegiali quali amministratori, i sindaci ed i soggetti che operano per la società incaricata della revisione della Fondazione (di seguito, per brevità, rispettivamente indicati quali “Amministratori”, “Sindaci” e “Revisori”), i suoi dipendenti, inclusi i dirigenti (di seguito, per brevità, congiuntamente indicati quali “Personale”), nonché tutti coloro che, pur esterni alla Fondazione, operino, direttamente o indirettamente, per la medesima (es. collaboratori a qualsiasi titolo, consulenti, fornitori, partner commerciali, di seguito, indicati quali “Terzi Destinatari”).

I Destinatari sopra indicati sono tenuti ad osservare e, per quanto di propria competenza, a fare osservare i principi contenuti nel Codice Etico, vincolante per tutti loro.

#### **9.4 Finalità e struttura del Codice Etico**

Il Codice Etico di FSRG indica i principi generali e le regole comportamentali cui la Fondazione riconosce valore etico positivo ed a cui devono conformarsi tutti i destinatari del Codice stesso.

Il complesso delle regole contenute nel Codice Etico, peraltro, uniformando i comportamenti aziendali a standard etici particolarmente elevati ed improntati alla massima correttezza e trasparenza, garantisce la possibilità di salvaguardare gli interessi dei pazienti, nonché di preservare l'immagine e la reputazione della Fondazione, assicurando nel contempo un approccio etico alla sanità.

Il *corpus* del Codice Etico è così suddiviso:

- a) una parte introduttiva, nel cui ambito sono anche indicati i destinatari del Codice Etico;
- b) i principi etici di riferimento, ovvero i valori cui FSRG dà rilievo nell'ambito della propria attività di impresa e che devono essere rispettati da tutti i destinatari del Codice;
- c) le norme ed i principi di comportamento dettati con riguardo a ciascuna categoria di destinatari;
- d) le modalità di attuazione e controllo sul rispetto del Codice Etico da parte dell'Organismo di Vigilanza.

### 9.5 Principi Generali che regolano l'attività della Fondazione

Nella prima sezione del Codice Etico, sono individuati i principi generali che regolano l'attività di FSRG.

La Fondazione, difatti, ha avvertito l'esigenza di addivenire ad una esaustiva e chiara formalizzazione dei principi cui riconosce valore etico positivo, primario ed assoluto. Tali principi rappresentano i valori fondamentali cui i soggetti tenuti al rispetto del Codice Etico devono attenersi nel perseguimento della *mission* aziendale e, in genere, nella conduzione delle attività aziendali.

In particolare, i principi etici fondamentali adottati riguardano i valori e le aree di attività di seguito elencate:

- a) la responsabilità ed il rispetto delle leggi;
- b) la correttezza;
- c) l'imparzialità;
- d) l'onestà;
- e) l'integrità;
- f) la trasparenza;
- g) la responsabilità nei rapporti con i terzi in genere e, in particolare, con gli assistiti;
- h) l'efficienza;
- i) la concorrenza leale;
- j) la tutela della privacy;
- k) lo spirito di servizio;
- l) il valore delle risorse umane;
- m) i rapporti con la collettività e la tutela ambientale;
- n) i rapporti con enti locali ed istituzioni pubbliche;
- o) i rapporti con associazioni, organizzazioni sindacali e partiti politici;
- p) i rapporti con operatori internazionali;
- q) il ripudio di ogni forma di terrorismo;
- r) la tutela della personalità individuale.

## **9.6 Principi e norme di comportamento**

FSRG ha riservato un'apposita sezione del Codice Etico alle norme ed ai principi di comportamento che devono essere rispettati nell'ambito della attività sanitaria svolta, indicando, per ciascuna categoria dei soggetti destinatari del Modello, le norme ed i principi di comportamento da seguire.

### **9.6.1 Conflitto di interessi**

I Destinatari devono evitare di porre in essere o agevolare operazioni in conflitto d'interesse - effettivo o potenziale - con la Fondazione, nonché attività che possano interferire con la capacità di assumere, in modo imparziale, decisioni nel migliore interesse della Fondazione e nel pieno rispetto delle norme del presente Codice.

Qualora si trovi in una situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale, l'interessato deve astenersi dal compiere qualsiasi operazione e comunicare immediatamente tale circostanza:

- a) se fa parte del Personale, direttamente al proprio superiore gerarchico;
- b) se fa parte degli Organi Collegiali, direttamente agli altri componenti dell'Organo Collegiale interessato e all'OdV;
- c) se fa parte dei Terzi Destinatari, direttamente alla direzione aziendale coinvolta (ovvero, in caso di dubbio, al direttore generale) e all'OdV.

### **9.6.2 Principi e norme di comportamento per i componenti degli Organi Collegiali**

I componenti degli Organi Collegiali della Fondazione, in ragione del loro fondamentale ruolo, anche qualora non siano dipendenti della Fondazione stessa, sono tenuti a rispettare quanto stabilito dal Codice Etico.

In particolare, nello svolgimento della loro attività, essi devono tenere un comportamento ispirato ad autonomia, indipendenza e correttezza nei rapporti con qualsivoglia interlocutore, sia pubblico sia privato.

Ugualmente, devono tenere un comportamento responsabile e leale nei confronti della Fondazione e astenersi dal compiere atti in presenza di un conflitto di interesse. Devono, inoltre, fare un uso riservato delle informazioni di cui vengono a conoscenza per ragione del loro ufficio.

Analogamente a quanto previsto per il Personale, devono uniformare la propria condotta ai principi di probità e correttezza, sia nei rapporti interni e sia nei confronti degli interlocutori esterni alla Fondazione, alla normativa vigente, ai principi espressi dal Codice Etico ed alle norme di comportamento appositamente indicate, nel rispetto del Modello e delle procedure vigenti.

In via generale, devono evitare di porre in essere, di dar causa o di collaborare alla realizzazione di comportamenti idonei, anche in via potenziale, ad integrare alcuna delle fattispecie di reato richiamate nel Decreto, nonché a collaborare con l'Organismo di Vigilanza nel corso delle attività di verifica e vigilanza da questi espletate, fornendo le informazioni, i dati e le notizie da esso richieste.

E', inoltre, prescritta la trasmissione, in favore dell'Organismo di Vigilanza delle comunicazioni dallo stesso richieste e della segnalazione delle eventuali violazioni del Modello e/o del Codice Etico.

### **9.6.3 Principi e norme di comportamento per il Personale**

Il Personale deve uniformare la propria condotta ai principi di probità e correttezza, sia nei rapporti interni e sia nei confronti degli interlocutori esterni alla Fondazione, alla normativa vigente, ai principi espressi dal Codice Etico ed alle norme di comportamento appositamente indicate, nel rispetto del Modello e delle procedure vigenti.

In via generale, il personale che svolge attività lavorativa presso la Fondazione, deve evitare di porre in essere, di dar causa o di collaborare alla realizzazione di comportamenti idonei, anche in via potenziale, ad integrare alcuna delle fattispecie di reato richiamate nel Decreto, nonché a collaborare con l'Organismo di Vigilanza nel corso delle attività di verifica e vigilanza da questi espletate, fornendo le informazioni, i dati e le notizie da esso richieste.

E', inoltre, prescritta la trasmissione, in favore dell'Organismo di Vigilanza delle comunicazioni dallo stesso richieste e della segnalazione delle eventuali violazioni del Modello e/o del Codice Etico.

Nella sezione relativa al personale, inoltre, sono illustrate le norme ed i principi comportamentali dettati con precipuo riguardo a particolari questioni ed a specifici settori della vita aziendale i cui tratti salienti sono di seguito esposti.

Le individuate regole di comportamento del Personale dovranno essere seguite da tutti i soggetti interessati senza distinzione e, in generale, senza eccezione.

Le eccezioni a tali regole e a ogni altra contenuta nel regolamento aziendale, o in ordini di servizio e similari, che si dovessero ritenere indispensabili per la necessità di evitare un danno grave, in particolare all'ammalato, dovranno sempre essere documentate.

### **9.6.3.1 Svolgimento dell'attività, sanitaria o amministrativa**

Chiunque, nella Fondazione, abbia il potere di autorizzare o di disporre l'esecuzione di un'attività disciplinata da procedura formale deve indicare le forme e le modalità della sua documentazione e verificabilità. Di contro, ogni attività così autorizzata o disposta deve essere registrata documentalmente e verificabile con immediatezza secondo le previste procedure.

Ogni procedura, sanitaria o amministrativa, dovrà essere suddivisa in fasi.

Le diverse fasi di una medesima procedura non devono essere affidate di norma ad un unico operatore (ad esempio: prenotazione – accettazione – dimissione; rapporti con gli uffici della AUSL – fatturazioni dei ricoveri – controllo sui DRG; e così via). Di contro va evitata una frammentazione del lavoro che produca deresponsabilizzazione e difficoltà ad individuare, successivamente al fatto, il responsabile.

Nessuno nel suo lavoro è svincolato dalla verifica indiretta da parte di altri soggetti, selettivamente deputati ad altre fasi della procedura, oltre che, naturalmente, da quella dei soggetti legittimamente preposti al controllo.

Ogni documento attinente alla gestione amministrativa o sanitaria della Fondazione deve essere redatto in modo accurato e conforme alla normativa ed alle disposizioni aziendali vigenti.

Ogni documento protocollato o comunque formalmente portato alla conoscenza di terzi, che sia rappresentativo di un fatto accaduto e/o di una valutazione operata, ovvero ogni parte di esso

suscettibile di autonoma considerazione, deve essere sottoscritto in maniera chiara e leggibile da chi lo ha formato.

Nessun operatore della Fondazione sarà mai giustificato per aver formato dolosamente in modo falso o artefatto documenti aziendali.

Per nessuna ragione e' consentito che i fondi della Fondazione e la relativa movimentazione possano non essere registrati documentalmente; il denaro contante dovrà essere conservato in una cassaforte o armadio blindato, della cui custodia dovranno essere preventivamente individuati i responsabili.

Tutti coloro che, a qualunque titolo, svolgono la loro attività nella Fondazione devono impegnarsi, nei limiti delle rispettive competenze, ad operare affinché sia rispettato quanto previsto dalla normativa vigente in materia di finanziamento delle istituzioni sanitarie.

E' vietato, in particolare<sup>4</sup>:

- a) erogare prestazioni non necessarie;
- b) fatturare prestazioni non effettivamente erogate;
- c) fatturare utilizzando un codice D.R.G. non corrispondente alla prestazione erogata al paziente;
- d) duplicare la fatturazione per una medesima prestazione;
- e) non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto o in parte inesistenti o non finanziabili.

Inoltre in materia sanitaria è vietato<sup>5</sup>:

- eccedere o ingiustificatamente limitare prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche;
- applicare sistemi di frazionamento di interventi e di indebita frammentazione di cure;
- favorire ripetuti e ingiustificati ricoveri ospedalieri;
- adottare comportamenti porre in essere iniziative i cui effetti ostacolano l'erogazione di prestazioni dovute dal Servizio Sanitario Nazionale;
- procurarsi ingiusti profitti con artifici o raggiri a danno del S.S.N., specie se i fatti delittuosi riguardino contributi, finanziamenti, mutui agevolati ovvero altre

---

<sup>4</sup> Conformemente a quanto previsto nelle LINEE GUIDA A.I.O.P., previste dall'Associazione a Roma, settembre 2004,

<sup>5</sup> Come altresì previsto anche in: LINEE GUIDA A.R.I.S., Approvate dal Ministero della Giustizia con lettera del 13/04/2005, n. 114-1-738(859)821/05

- erogazioni dello stesso tipo, comunque denominate, concessi o erogati da parte dello Stato, delle Regioni, di altri enti pubblici o della Unione Europea;
- dirottare la clientela presso strutture private, convenzionate e non;
  - fatturare operazioni inesistenti, prestazioni mai effettuate o prestazioni maggiori o diverse da quelle realmente erogate nei confronti del S.S.N. o della Pubblica Amministrazione in genere;
  - assumere, comunque, comportamenti che integrino gli estremi di illeciti amministrativi dipendenti da reato che comportino interesse o vantaggio per l'ente ancorché di tali favorevoli situazioni non vi sia contezza da parte dell'Ente medesimo;
  - accettare da pazienti o loro familiari altri, denaro o vantaggi di alcun genere in relazione alle prestazioni effettuate.

Tutti coloro che agiscono nell'interesse o a vantaggio della Fondazione dovranno necessariamente sempre ispirare il loro operato al rispetto dei principi di probità, correttezza, trasparenza e all'osservanza delle leggi, dei regolamenti e di ogni altra normativa in ogni loro rapporto con la P.A.

Il legale rappresentante della Fondazione e/o il Direttore Generale (ovvero persone da questi formalmente delegate) curano i rapporti con i funzionari dell'Assessorato regionale alla sanità e con quelli della AUSL, con le autorità ed i funzionari comunali, provinciali e delle altre istituzioni pubbliche nazionali o comunitarie, ovvero con enti privati con i quali la Fondazione venga in rapporto; salvo che non si tratti di materia la cui competenza sia riservata dalla legge esclusivamente al Direttore Sanitario.

La Fondazione si impegna, nel caso utilizzi un soggetto estraneo alla sua organizzazione per gestire specifici rapporti con la pubblica amministrazione dello Stato o delle Comunità europee, a portare a sua conoscenza le disposizioni contenute nel modello organizzativo, ottenendone formale accettazione.

In particolare è vietato:

- f) promettere, offrire o consegnare denaro, doni o altre utilità, anche per interposta persona fisica o giuridica, a dipendenti della pubblica amministrazione dello Stato o delle Comunità europee, di ogni qualifica o livello, al loro coniuge e ai di lui parenti, ovvero ai loro ascendenti, discendenti, ovvero a persone o enti agli stessi direttamente collegati, salvo che

- il fatto accada in occasione di festività in cui sia tradizione lo scambio di doni o, comunque, questi siano di tenue valore;
- g) a tutti coloro che svolgono la propria attività nella Fondazione di ricevere denaro, doni o qualsiasi altra utilità, o di accettarne la promessa, da chiunque sia, o intenda entrare, in rapporto con la Fondazione e voglia conseguire indebitamente un trattamento in violazione della normativa di legge o delle vigenti disposizioni aziendali;
  - h) a chi agisce per conto della Fondazione, nei rapporti con funzionari dell'Assessorato regionale alla sanità ovvero della AUSL ovvero di qualsiasi altra pubblica amministrazione dello Stato o delle Comunità europee, di determinarne le decisioni con violenza, minaccia o inganno;
  - i) assumere alle dipendenze della Fondazione ex impiegati della pubblica amministrazione dello Stato o delle Comunità europee, nei due anni successivi al compimento di un atto, di competenza di uno dei predetti soggetti ed espressione del suo potere discrezionale, da cui sia derivato un vantaggio per la Fondazione. Lo stesso divieto dovrà essere previsto per i casi di omissione o ritardo di un atto svantaggioso per la Fondazione.

### **9.6.3.2 Formazione e aggiornamento del Personale**

È fatto obbligo al personale di aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente, rispetto ai propri compiti.

Nello svolgimento della loro attività per conto della Fondazione tutti i dipendenti sono tenuti a mantenere sempre un elevato grado di professionalità.

Tutti i dipendenti, inoltre, in relazione allo specifico ambito di competenza, sono tenuti ad un costante aggiornamento.

È cura del vertice aziendale controllare la costante formazione del personale in tal senso, attraverso ogni attività aziendale utile a impedire che si possa sostenere, a scusa della propria condotta, l'ignoranza della normativa vigente o la mancanza di idonea professionalità.

### **9.6.3.2 Gestione informatizzata:**

Per la prevenzione dei reati commessi nell'utilizzo delle relative procedure informatizzate, la Fondazione dispone che:

- a) l'accesso alla rete informatica aziendale, finalizzato all'inserimento, alla modifica ovvero alla comunicazione a/da terzi di dati in essa contenuti, ovvero a qualunque intervento sui programmi destinati ad elaborarli, deve avvenire tramite l'utilizzo di doppia chiave asimmetrica, composta da una parte pubblica (così detta *user ID*) e da una parte privata (così detta *password*), che consenta all'operatore di accedere alla rete limitatamente alla fase, di sua competenza, della procedura;
- b) ad ogni operatore autorizzato ad accedere alla rete sono attribuite una *user ID* ed una *password* personale, che l'operatore si impegna a non comunicare a terzi. La titolarità della *user ID* e della *password* è certificata da un notaio (ovvero da un membro appositamente designato dell'Organismo di vigilanza ovvero da altro soggetto appositamente designato dal direttore generale), presso il quale le stesse sono depositate. Per lo svolgimento dei suoi compiti, l'*Organismo* è autorizzato a prendere visione degli atti depositati;
- c) è vietato utilizzare la *user ID* o la *password* di altro operatore.

#### **9.6.3.3 Rapporti con la Pubblica Autorità**

Tutti i rapporti intercorrenti con soggetti qualificabili come pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio devono essere condotti nel pieno rispetto delle leggi e delle norme vigenti, oltre che del Modello e del presente Codice Etico, al fine di assicurare la legittimità, la trasparenza e l'integrità dell'operato della Fondazione.

Al Personale della Fondazione, è fatto divieto di accettare, offrire o promettere, anche indirettamente, denaro, doni, beni, servizi, prestazioni o favori (anche in termini di opportunità di impiego) in relazione a rapporti intrattenuti con pubblici ufficiali, incaricati di pubblico servizio, per influenzarne le decisioni, in vista di trattamenti più favorevoli o prestazioni indebite o per qualsiasi altra finalità.

Nel caso di indagini, ispezioni o richieste della Pubblica Autorità, il personale è tenuto ad assicurare la dovuta collaborazione.

#### **9.6.3.4 Rapporti con clienti e fornitori**

Il personale di FSRG deve improntare i rapporti con i clienti ed i fornitori alla massima correttezza e trasparenza, tenendo in precipuo conto le previsioni di legge che regolano lo svolgimento dell'attività nonché gli specifici principi etici su cui è improntata l'attività della Fondazione.

#### **9.6.3.5 Condotta del Personale della Fondazione**

Il Personale dovrà avere una condotta improntata ai principi di integrità, onestà, trasparenza e buona fede.

In via generale e con precipuo riferimento all'esigenza di prevenire la commissione dei reati indicati nel Decreto, in tale ambito è fatto divieto al personale della Fondazione di porre in essere comportamenti o di realizzare iniziative - ivi inclusi il riconoscimento di incentivi di tipo economico o l'assegnazione di materiale – non conformi al codice etico ed alle procedure aziendali vigenti, ovvero volti - o comunque potenzialmente idonei - ad influenzare la corretta determinazione degli operatori.

Sotto un profilo più prettamente comportamentale, il personale della Fondazione deve evitare di porre in essere comportamenti o di realizzare iniziative non conformi al Codice Etico ed alle procedure aziendali vigenti, ovvero volti - o comunque potenzialmente idonei – a riconoscere, anche in via indiretta, vantaggi, utilità o trattamenti di favore indebiti agli operatori.

#### **9.6.3.6 Tutela della salute e della sicurezza**

Ciascun lavoratore deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui possono ricadere gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione ed alle istruzioni e ai mezzi forniti dalla Fondazione.

In particolare i lavoratori:

- a) osservano le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- b) utilizzano correttamente i macchinari, le apparecchiature, gli utensili, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e le altre attrezzature di lavoro, nonché i dispositivi di sicurezza;
- c) utilizzano in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

- d) segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dispositivi di cui alle lettere b) e c), nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle loro competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tali deficienze o pericoli, dandone notizie al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- e) non rimuovono o modificano senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- f) non compiono di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- g) si sottopongono ai controlli sanitari previsti nei loro confronti;
- h) contribuiscono, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dall'autorità competente o comunque necessari per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro.

#### **9.6.3.7 Riservatezza**

Il Personale deve trattare con assoluta riservatezza, anche successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, dati, notizie ed informazioni di cui viene in possesso, evitandone la diffusione o l'uso a fini speculativi propri o di terzi. Le informazioni aventi carattere riservato possono essere rese note, nell'ambito della Fondazione, solo nei riguardi di coloro che abbiano effettiva necessità di conoscerle per motivi di lavoro.

#### **9.6.3.8 Diligenza nell'utilizzo dei beni della Fondazione**

Il Personale deve proteggere e custodire i valori ed i beni della Fondazione ad esso affidati, e contribuire alla tutela del patrimonio in generale, evitando situazioni che possano incidere negativamente sull'integrità e sicurezza di tale patrimonio.

In ogni caso, il Personale deve evitare di utilizzare a vantaggio personale, o comunque a fini impropri, risorse, beni o materiali della Fondazione.

#### **9.6.4 Principi e norme di comportamento per i Terzi Destinatari**

Come sopra rilevato, il Modello ed il Codice Etico si applicano anche ai soggetti, esterni alla Fondazione, che operino, direttamente o indirettamente, per il raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima.

Tali soggetti sono obbligati al rispetto delle disposizioni del Modello e del Codice Etico ed, in particolare, nei limiti delle rispettive competenze e responsabilità, dei principi etici di riferimento e delle norme di comportamento dettate per il Personale della Fondazione.

In assenza dell'impegno espresso a rispettare le norme del Codice Etico, la Fondazione non concluderà e/o non proseguirà alcun rapporto con il soggetto terzo. A tal fine, è previsto l'inserimento, nelle lettere di incarico e/o negli accordi negoziali, di apposite clausole volte a confermare l'obbligo del terzo di conformarsi pienamente al Codice, nonché a prevedere, in caso di violazione, la diffida al puntuale rispetto del Modello ovvero l'applicazione di penali o, ancora, la risoluzione del rapporto contrattuale.

### **9.7 Obblighi di comunicazione all'Organismo di Vigilanza**

I Destinatari del Codice Etico devono adempiere a precisi obblighi di informazione, il cui oggetto è puntualmente dettagliato nello stesso Codice, nei confronti dell'OdV, con particolare riferimento alle possibili violazioni di norme di legge o regolamenti, del Modello, del presente Codice Etico, delle procedure interne.

Le comunicazioni all'OdV possono essere effettuate sia a mezzo mail e sia per iscritto e devono essere sottoscritte in modo chiaro e leggibile onde consentire una verifica puntuale e sistematica dei fenomeni rappresentati.

In ogni caso, l'OdV assicura che la persona che effettua la comunicazione non sia oggetto di ritorsioni, discriminazioni o, comunque, penalizzazioni, assicurandone, quindi, la riservatezza (salvo la ricorrenza di eventuali obblighi di legge che impongano diversamente).

### **9.8 Modalità di attuazione e controllo sul rispetto del Codice Etico**

Il controllo circa l'attuazione ed il rispetto del Modello e del Codice Etico è affidato all'OdV, il quale è tenuto, tra l'altro, anche a:

- a) controllare il rispetto del Modello e del Codice Etico, nell'ottica di ridurre il pericolo della commissione dei reati previsti dal Decreto;
- b) formulare le proprie osservazioni in merito sia alle problematiche di natura etica che dovessero insorgere nell'ambito delle decisioni aziendali, sia alle presunte violazioni del Codice Etico di cui venga a conoscenza;
- c) fornire, ai soggetti interessati, tutti i chiarimenti e le delucidazioni richieste, ivi incluse quelle relative alla legittimità di un comportamento o condotta concreti, ovvero alla corretta interpretazione delle previsioni del Modello o del Codice Etico;
- d) a seguire e coordinare l'aggiornamento del Codice Etico, anche attraverso proprie proposte di adeguamento e/o aggiornamento;
- e) a predisporre ed approvare il piano di comunicazione e formazione etica;
- f) segnalare agli organi aziendali competenti le eventuali violazioni del Modello o del Codice Etico, suggerendo la sanzione da irrogare nei confronti del soggetto individuato quale responsabile, e verificando l'effettiva applicazione delle misure eventualmente irrogate.

Ricevuta la segnalazione della violazione, il Consiglio di Amministrazione (o comunque gli organi aziendali indicati nel Sistema Disciplinare) si pronuncia in merito alla eventuale adozione e/o modifica delle misure proposte dall'OdV, attivando le funzioni aziendali di volta in volta competenti in ordine alla effettiva applicazione delle sanzioni.

In ogni caso, le fasi di contestazione della violazione, nonché quelle di determinazione ed effettiva applicazione delle sanzioni, sono svolte nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti, nonché delle previsioni della contrattazione collettiva e dei regolamenti aziendali, laddove esistenti ed applicabili.

## **10 Il Sistema Disciplinare della Fondazione**

### **10.1 L'Elaborazione e l'adozione del Sistema Disciplinare**

Ai sensi degli artt. 6 e 7 del Decreto, il Modello può ritenersi efficacemente attuato, ai fini dell'esclusione di responsabilità della Fondazione, se prevede un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure ivi indicate. Simili violazioni, ledono il rapporto di fiducia instaurato con la Fondazione anche ai sensi degli artt. 2104 e 2105 del Codice Civile che stabiliscono obblighi in termini di diligenza e fedeltà del prestatore di lavoro nei confronti del proprio datore.

Nel rispetto di quanto previsto anche dalla Linee Guida di Confindustria, l'instaurazione di un procedimento disciplinare, così come l'applicazione delle relative sanzioni, prescindono dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'autorità giudiziaria nel caso in cui il comportamento da censurare vada anche ad integrare una fattispecie di reato. Ed anzi, propri i principi di tempestività ed immediatezza della sanzione, rendono sconsigliabile ritardare l'irrogazione della sanzione disciplinare in attesa dell'esito del giudizio eventualmente instaurato davanti al giudice penale.

La Fondazione adotta quindi, un Sistema Disciplinare precipuamente volto a sanzionare la violazione dei principi, delle norme e delle misure previste nel Modello e dei relativi Protocolli, nel rispetto delle norme previste dalla Contrattazione Collettiva Nazionale<sup>6</sup>, nonché delle norme di legge o di regolamento vigenti (L. 300/1970 c.d. Statuto dei Lavoratori<sup>7</sup>).

---

<sup>6</sup> **CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER IL PERSONALE  
MEDICO DIPENDENTE**

Di CASE DI CURA, I.R.C.C.S., PRESIDI E CENTRI DI RIABILITAZIONE 2002 - 2005

#### **Art.11**

##### *Codice disciplinare*

I provvedimenti disciplinari da parte dell'Amministrazione debbono essere adottati in conformità dell'art.7 della Legge 20 maggio 1970, n.300, e nel pieno rispetto delle procedure ivi stabilite (necessità della contestazione per iscritto, obbligo di assegnare al lavoratore un termine di almeno cinque giorni per presentare le proprie deduzioni, facoltà del lavoratore di essere ascoltato di persona e/o di essere assistito dal rappresentante delle OO.SS. cui conferisce mandato), nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro, dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, contestualità ed immodificabilità della contestazione disciplinare.

Al riguardo si conviene che, comunque, la contestazione disciplinare deve essere inviata al lavoratore non oltre il termine di trenta giorni dal momento in cui gli organi direttivi sanitari ed amministrativi degli Istituti di cui all'art.1 del presente contratto hanno avuto effettiva conoscenza della mancanza commessa.

---

Si conviene altresì che il provvedimento disciplinare non può essere adottato dal datore di lavoro oltre il termine di trenta giorni dalla presentazione della deduzione da parte del lavoratore. Si pattuisce che il predetto termine di trenta giorni rimane sospeso nel caso in cui il dipendente richieda di essere ascoltato di persona unitamente al rappresentante sindacale, riprendendo poi a decorrere detto termine “*ab initio*” per ulteriori trenta giorni dalla data in cui le parti si saranno incontrate per discutere della contestazione.

Le mancanze del dipendente possono dar luogo all’adozione dei seguenti provvedimenti disciplinari da parte dell’Amministrazione:

**1. richiamo verbale; 2. richiamo scritto; 3. multa non superiore all’importo di quattro ore della retribuzione; 4. sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a dieci giorni.**

Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l’entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri generali:

**I.** intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, tenuto conto anche della prevedibilità dell’evento; **II.** rilevanza degli obblighi violati; **III.** responsabilità connesse alla qualifica occupata dal medico; **IV.** grado di danno o di pericolo, anche potenziale, causato all’Amministrazione, agli utenti o a terzi ovvero al disservizio determinatosi; **V.** sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti riguardo al comportamento del medico, ai precedenti provvedimenti disciplinari adottati, al concorso nella mancanza di più lavoratori in accordo fra loro.

#### **CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER IL PERSONALE DIPENDENTE**

DA CASE DI CURA, I.R.C.C.S., PRESIDI E CENTRI DI RIABILITAZIONE 2002-2005

##### **Art. 41 - Provvedimenti disciplinari**

I provvedimenti disciplinari debbono essere adottati da parte dell’Amministrazione in conformità all’art.7 della Legge n.300/70 e nel pieno rispetto delle procedure ivi stabilite (necessità della contestazione per iscritto, obbligo di assegnare al lavoratore un termine di almeno cinque giorni per presentare le proprie deduzioni, facoltà del lavoratore di essere ascoltato di persona e/o di essere assistito dal rappresentante delle OO.SS. cui conferisce mandato), nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro, dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, contestualità ed immodificabilità della contestazione disciplinare.

Al riguardo si conviene che, comunque, la contestazione disciplinare deve essere inviata al lavoratore non oltre il termine di trenta giorni dal momento in cui gli organi direttivi sanitari ed amministrativi delle Strutture di cui all’art.1 del presente contratto hanno avuto effettiva conoscenza della mancanza commessa. Si conviene altresì che il provvedimento disciplinare non possa essere adottato dal datore di lavoro oltre il termine di trenta giorni dalla presentazione della deduzione da parte del lavoratore. Si pattuisce che il predetto termine di trenta giorni rimane sospeso nel caso in cui il dipendente richieda di essere ascoltato di persona unitamente al rappresentante sindacale, riprendendo poi a decorrere *ab initio* per ulteriori trenta giorni dalla data in cui le parti si saranno incontrate per discutere della contestazione.

Le mancanze del dipendente possono dar luogo all’adozione dei seguenti provvedimenti disciplinari da parte dell’Amministrazione:

**1. richiamo verbale; 2. richiamo scritto; 3. multa non superiore all’importo di quattro ore della retribuzione; 4. sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a dieci giorni.**

Sulla scorta di tale Sistema Disciplinare, sono passibili di sanzione sia le violazioni del Modello e dei relativi Protocolli, nonché dei principi previsti nel Codice Etico commesse dai soggetti posti in posizione “apicale” - in quanto titolari di funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell’Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, ovvero titolari del potere, anche solo di fatto, di gestione o di controllo dell’Ente - sia le violazioni

---

<sup>7</sup> **Legge 20 maggio 1970, n. 300** (in Gazz. Uff., 27 maggio, n. 131). - Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento.

**Art. 7: Sanzioni disciplinari.** Le norme disciplinari relative alle sanzioni, alle infrazioni in relazione alle quali ciascuna di esse può essere applicata ed alle procedure di contestazione delle stesse, devono essere portate a conoscenza dei lavoratori mediante affissione in luogo accessibile a tutti. Esse devono applicare quanto in materia è stabilito da accordi e contratti di lavoro ove esistano. Il datore di lavoro non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa. Il lavoratore potrà farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato .

Fermo restando quanto disposto dalla legge 15 luglio 1966, n. 604, non possono essere disposte sanzioni disciplinari che comportino mutamenti definitivi del rapporto di lavoro; inoltre la multa non può essere disposta per un importo superiore a quattro ore della retribuzione base e la sospensione dal servizio e dalla retribuzione per più di dieci giorni.

In ogni caso, i provvedimenti disciplinari più gravi del rimprovero verbale non possono essere applicati prima che siano trascorsi cinque giorni dalla contestazione per iscritto del fatto che vi ha dato causa.

Salvo analoghe procedure previste dai contratti collettivi di lavoro e ferma restando la facoltà di adire l'autorità giudiziaria, il lavoratore al quale sia stata applicata una sanzione disciplinare può promuovere, nei venti giorni successivi, anche per mezzo dell'associazione alla quale sia iscritto ovvero conferisca mandato, la costituzione, tramite l'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, di un collegio di conciliazione ed arbitrato, composto da un rappresentante di ciascuna delle parti e da un terzo membro scelto di comune accordo o, in difetto di accordo, nominato dal direttore dell'ufficio del lavoro. La sanzione disciplinare resta sospesa fino alla pronuncia da parte del collegio.

Qualora il datore di lavoro non provveda, entro dieci giorni dall'invito rivoltagli dall'ufficio del lavoro, a nominare il proprio rappresentante in seno al collegio di cui al comma precedente, la sanzione disciplinare non ha effetto. Se il datore di lavoro adisce l'autorità giudiziaria, la sanzione disciplinare resta sospesa fino alla definizione del giudizio.

Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro applicazione.

perpetrate dai soggetti sottoposti all'altrui direzione o vigilanza o operanti in nome e/o per conto della Fondazione.

## 10.2 La struttura del Sistema Disciplinare

In ossequio alle disposizioni del decreto, la Fondazione si è dotata di un Sistema Disciplinare che, oltre ad essere pubblicato nel sistema intranet aziendale, è affisso in luogo accessibile a tutti affinché sia garantita la piena conoscenza da parte di tutti i Destinatari delle disposizioni ivi contenute.

Il Sistema Disciplinare della Fondazione si articola in quattro sezioni.

### 10.2.1 Prima Sezione:

Sono indicati i soggetti passibili delle sanzioni previste, suddivisi in quattro differenti categorie:

- a) gli Amministratori, i Sindaci ed il Revisore;
- b) gli altri soggetti in posizione apicale;
- c) i dirigenti non apicali e dipendenti;
- d) gli altri soggetti tenuti al rispetto del Modello (ad es., i fornitori, i consulenti, gli agenti, ecc.).

### 10.2.2 Seconda Sezione:

Sono indicate le condotte potenzialmente rilevanti, suddivise in quattro differenti categorie, graduate secondo un ordine crescente di gravità:

- a) mancato rispetto del Modello, qualora si tratti di violazioni connesse, in qualsiasi modo, alle aree indicate quali “strumentali” o “di supporto” nel Documento di Sintesi del Modello (Parte Speciale), e sempre che non ricorra una delle condizioni previste nei successivi nn. 3 e 4;
- b) mancato rispetto del Modello, qualora si tratti di violazioni connesse, in qualsiasi modo, alle aree “a rischio reato” o alle attività “sensibili” indicate nel Documento di Sintesi del Modello (Parte Speciale), e sempre che non ricorra una delle condizioni previste nei successivi nn. 3 e 4;
- c) mancato rispetto del Modello, qualora si tratti di violazione idonea ad integrare il solo fatto (elemento oggettivo) di uno dei reati previsti nel Decreto;
- d) mancato rispetto del Modello, qualora si tratti di violazione finalizzata alla commissione di uno dei reati previsti dal Decreto, o comunque sussista il pericolo che sia contestata la responsabilità della Fondazione ai sensi del Decreto.

### 10.2.3 Terza Sezione

Sono indicate, con riguardo ad ognuna delle condotte rilevanti, le sanzioni astrattamente comminabili per ciascuna categoria di soggetti tenuti al rispetto del Modello.

In ogni caso, l'applicazione delle sanzioni deve tener conto dei principi di proporzionalità e di adeguatezza rispetto alla violazione contestata, nonché delle seguenti circostanze:

- a) la tipologia dell'illecito compiuto;
- b) le circostanze nel cui ambito si è sviluppata la condotta illecita;
- c) le modalità di commissione della condotta.

Ai fini dell'eventuale aggravamento della sanzione, sono inoltre considerati i seguenti elementi:

- d) la gravità della condotta;
- e) l'eventuale commissione di più violazioni nell'ambito della medesima condotta, nel qual caso l'aggravamento sarà operato rispetto alla sanzione prevista per la violazione più grave;
- f) l'eventuale concorso di più soggetti nella commissione della violazione;
- g) l'eventuale recidività del suo autore.

### 10.2.4 Quarta Sezione

E' disciplinato il procedimento di irrogazione ed applicazione della sanzione con riguardo a ciascuna categoria di soggetti destinatari del Sistema Disciplinare, indicando, per ognuna:

- a) la fase della contestazione della violazione all'interessato;
- b) la fase del contraddittorio: in cui viene assicurata la possibilità per il soggetto a cui è stato contestato l'addebito, di far pervenire all'OdV, entro 5 giorni lavorativi dalla contestazione, osservazioni scritte, e nel caso ne faccia richiesta, di essere sentito dall'OdV stesso.
- c) la fase di determinazione e di successiva applicazione della sanzione.

Le previsioni contenute nel Sistema Disciplinare non precludono la facoltà dei soggetti destinatari di esercitare tutti i diritti, ivi inclusi quelli di contestazione o di opposizione avverso il provvedimento disciplinare, loro riconosciuti da norme di legge o di regolamento, nonché dalla contrattazione collettiva o dai regolamenti aziendali applicabili.

### 10.3 Le Sanzioni Disciplinari

Le sanzioni disciplinari sono le seguenti:

- 1) **il rimprovero verbale o scritto**, applicabile qualora il lavoratore violi una delle procedure interne previste dal Modello (ad esempi, che non osservi le procedure prescritte, ometta di dare comunicazione all'OdV delle informazioni prescritte, ometta di svolgere i controlli ecc..) o adotti nell'espletamento di attività nelle aree sensibili un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello e del Codice Etico;
- 2) **l'ammonizione scritta**, applicabile qualora il lavoratore sia recidivo nel violare le procedure previste dal Modello o nell'adottare, nell'espletamento di attività nelle aree sensibili, un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso;
- 3) **la sospensione dal servizio** (non superiore a 10 giorni) **e/o dalla retribuzione** (non superiore a 4 ore di retribuzione), applicabile, qualora il lavoratore, nel violare una delle procedure interne previste dal Modello, o adottando nell'espletamento di attività nelle aree sensibili un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello, arrechi danno o crei una situazione di potenziale pericolo alla Fondazione, ovvero qualora il lavoratore sia incorso in recidiva nelle mancanze di cui al punto n. 2;
- 4) **la risoluzione del rapporto di lavoro** per giusta causa o giustificato motivo nei casi di gravi e acclarati inadempimenti al Modello che comportino il compimento di un reato sanzionato dal D. Lgs. 231/2001.

### Misure nei confronti di collaboratori, consulenti ed altri soggetti terzi:

Qualora la violazione del Modello Organizzativo e dei principi statuiti nel Codice Etico sia posta in essere da un lavoratore autonomo, un consulente professionale, fornitore o altro soggetto avente rapporti contrattuali con la Fondazione, è prevista quale sanzione, la risoluzione del contratto. A tal fine la Fondazione inserirà apposita clausola risolutiva espressa ex art. 1456 del Codice Civile<sup>8</sup> nei contratti di fornitura e di consulenza professionale in caso di violazione alle disposizioni di Modello e Codice Etico. E' fatta in ogni caso salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale

---

<sup>8</sup> Art. 1456 c.c. "**Clausola risolutiva espressa**" I contraenti possono convenire espressamente che il contratto si risolva nel caso che una determinate obbligazione non sia adempiuta secondo le modalità stabilite. In questo caso, la risoluzione si verifica di diritto quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola risolutiva.

comportamento derivino danni alla Fondazione, anche indipendentemente dalla risoluzione del rapporto contrattuale.

*Misure nei confronti degli Amministratori:*

In caso di violazione della normativa vigente o di mancato rispetto delle procedure interne previste dal Modello e dal Codice Etico, da parte degli Amministratori della Fondazione, l'Organismo di Vigilanza informa il Collegio Sindacale e il Consiglio di Amministrazione, il quale provvede ad assumere le opportune iniziative previste dalla vigente normativa.

## **11. Comunicazione e formazione sul Modello e sui protocolli connessi e sull'aggiornamento del Modello.**

La Fondazione si pone tra i propri obiettivi principali la più ampia divulgazione, sia al personale dipendente e non, in azienda e sia a quello ancora da inserire, delle regole e delle prescrizioni contenute nel Modello Organizzativo

### **11.1 L'informazione sul Modello e sui protocolli connessi**

Il Modello è comunicato formalmente all'OdV e al Consiglio di Amministrazione.

Viene data massima divulgazione al Modello anche a tutti i dipendenti della Fondazione, ai consulenti, e a tutti gli altri soggetti che a qualunque titolo espletano attività lavorativa presso la Fondazione, ivi inclusi tirocinanti, specializzandi e volontari, mediante consegna di copia, eventualmente anche a mezzo posta elettronica.

I suddetti soggetti, al momento della consegna del Modello, lo sottoscrivono per integrale presa visione e accettazione e si impegnano, nello svolgimento dei propri compiti al rispetto dei principi, regole e procedure in esso contenuti. Della eseguita consegna e del contestuale impegno da parte dei Destinatari al rispetto delle regole ivi previste viene conservata traccia documentale agli atti dell'OdV.

Il personale, dipendente e non, è tenuto a frequentare i corsi di formazione e di aggiornamento sul Modello che verranno di volta in volta organizzati, anche *on line*.

Affinché il Modello sia universalmente conosciuto o conoscibile anche da chi intrattiene rapporti con la Fondazione in virtù di convenzioni, contratti di fornitura ecc., ne viene data altresì pubblicazione sul sito internet oltre che affisso in luogo accessibile a tutti, all'interno dell'Ospedale G. Giglio di Cefalù. In questo caso, al fine di formalizzare l'impegno al rispetto dei principi del Modello nonché dei Protocolli ad esso connessi da parte di terzi aventi rapporti contrattuali con la Fondazione, è previsto l'inserimento nel contratto di riferimento di una apposita clausola, ovvero, per i contratti già in essere, la sottoscrizione di una specifica appendice integrativa in tal senso, che prevedano clausole risolutive espresse del contratto e risarcimento dei danni in caso di violazione.

In ogni caso, l'OdV pianifica e implementa tutte le ulteriori attività di informazione che dovesse ritenere necessarie o opportune.

### **11.2 La Formazione sul Modello e sui protocolli connessi.**

Per dare effettività all'attuazione del Modello, oltre all'informazione, la Fondazione, tramite l'OdV cura la periodica e costante Formazione del personale, finalizzata a diffondere, promuovere ed implementare la conoscenza e la consapevolezza del Modello, dei relativi Protocolli, dei principi previsti dal Codice Etico, e della normativa di cui al D. Lgs. 231/2001.

Questi saranno presentati al personale attraverso specifiche attività formative, quali corsi, seminari, questionari ecc., con modalità di esecuzione stabilite dall'OdV, cui gli stessi dovranno obbligatoriamente partecipare.

L'attività di formazione sarà differenziata, nei contenuti e nelle modalità di espletamento, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dell'aver o meno funzioni di rappresentanza della Fondazione. Pertanto, è prevista una formazione più intensa e caratterizzata da un più elevato grado di approfondimento per i soggetti qualificabili come "apicali", nonché per quelli operanti nelle aree qualificabili come "a rischio" ai sensi del Modello.

### **11.3 Comunicazione degli aggiornamenti del Modello e/o del Codice Etico.**

La Fondazione promuove la più ampia divulgazione, all'interno e all'esterno della struttura, dei principi e delle previsioni contenuti nel Modello e nei protocolli ad esso connessi.

E' compito dell'OdV promuovere l'aggiornamento e l'adeguamento continuo del Modello e dei protocolli connessi, al fine di renderlo attuale ed efficace ai fini della prevenzione dei reati di cui al D. Lgs. 231/2001 mentre è compito del Consiglio di Amministrazione, che ne ha esplicita responsabilità, di eseguire gli aggiornamenti del Modello e il suo adeguamento in conseguenza di un mutamento degli assetti organizzativi o dei processi operativi, di significative violazioni del Modello oltre che intervenuti mutamenti normativi.

Tutti gli aggiornamenti ed adeguamenti del Modello, o dei Protocolli ad esso connessi, sono comunicati dall'OdV a tutto il personale dipendente e non, ai soggetti terzi mediante comunicazioni a mezzo e-mail o pubblicate sul sito internet e affissi in luogo accessibile presso l'Ospedale G. Giglio di Cefalù.