



I.R.C.C.S.  
POLICLINICO SAN DONATO

# **MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO**

ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231  
e successive modifiche ed integrazioni

## SOMMARIO

### PARTE GENERALE

1. Glossario, Definizioni ed Abbreviazioni .....	4
2. Il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001 n. 231 .....	7
2.1 Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico delle persone giuridiche ex D. Lgs. n. 231/2001 .....	7
2.2 L'adozione di un Modello Organizzativo quale condizione di possibile esclusione della responsabilità amministrativa .....	12
3. Adozione del modello ex D.Lgs. 231 del 2001 .....	13
3.1 Situazione attuale del PSD - Brevi cenni relativi all'attività .....	13
3.2 Governance, stato delle procedure e obiettivi perseguiti con l'adozione del Modello .....	13
3.3 Oggetto e scopo del Modello .....	15
3.4 La costruzione e l'aggiornamento continuo del Modello e i suoi principi ispiratori .....	17
3.5 Destinatari del Modello .....	19
4. L'Organismo di Vigilanza .....	19
4.1 Caratteristiche generali .....	19
4.2 Nomina, durata e sostituzione dei membri .....	19
4.3 Compenso e capacità di spesa .....	21
4.4 Regole di funzionamento e convocazione .....	21
4.5 Funzioni e poteri .....	22
4.6 I flussi informativi e le segnalazioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e le relazioni con gli organi sociali .....	24
4.7 I flussi informativi e le segnalazioni nei confronti dell'Organismo di Vigilanza .....	25
4.8 Registro delle attività - Libro delle riunioni dell'Organismo di Vigilanza - Raccolta e conservazione delle informazioni .....	26
5. Il Sistema Disciplinare .....	26
5.1 Misure nei confronti degli Amministratori e dei Sindaci .....	28
5.2 Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza .....	28
5.3 Misure nei confronti dei dipendenti inquadrati nella categoria dei dirigenti .....	28
5.4 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati .....	30
5.5 Misure nei confronti dei medici .....	31
5.6 Misure nei confronti dei collaboratori esterni .....	32
5.7 Misure nei confronti dei fornitori e terze parti .....	32
6. Regole di comportamento e Codice Etico .....	33
7. Diffusione e formazione sul Modello .....	33
7.1 Diffusione e Informazione sul Modello .....	33
7.2 Formazione sul Modello .....	34
PARTE SPECIALE .....	36
1. Introduzione .....	36
2. Principi generali di comportamento .....	36

3.	Protocolli generali di prevenzione .....	36
4.	Attività strumentali alla commissione dei reati e protocolli specifici di prevenzione .....	37
A.	Reati commessi nei rapporti con la Pubblica Amministrazione (artt. 24 e 25 del Decreto) .....	38
A.1.	Premessa .....	38
A.2.	Reati potenzialmente rilevanti.....	39
A.3.	Attività sensibili e strumentali .....	40
A.4.	Protocolli specifici di prevenzione .....	41
A.5.	Flussi informativi verso l'OdV .....	47
B.	Delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis del Decreto).....	47
B.1.	Reati potenzialmente rilevanti .....	47
B.2.	Attività sensibili.....	48
B.3.	Protocolli specifici di prevenzione.....	48
B.4.	Flussi informativi verso l'OdV.....	50
C.	Delitti di criminalità organizzata e reati transnazionali (art. 24-ter del Decreto e art. 10. L. 146/2006) .....	50
C.1.	Reati potenzialmente rilevanti .....	50
C.2.	Attività sensibili.....	50
C.3.	Protocolli generali e specifici di prevenzione .....	51
C.4.	Flussi informativi verso l'OdV.....	52
D.	Delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis.1 del decreto).....	52
D.1.	Reati potenzialmente rilevanti.....	52
D.2.	Attività sensibili .....	53
D.3.	Protocolli specifici di prevenzione .....	53
D.4.	Flussi informativi verso l'OdV .....	53
E.	Reati societari (art. 25-ter del Decreto) .....	53
E.1.	Reati potenzialmente rilevanti .....	53
E.2.	Attività sensibili.....	55
E.3.	Protocolli specifici di prevenzione .....	55
E.4.	Flussi informativi verso l'OdV.....	58
F.	Abusi di Mercato (art. 25-sexies del Decreto).....	58
F.1.	Reati potenzialmente rilevanti .....	58
F.3.	Protocolli specifici di prevenzione .....	59
F.4.	Flussi informativi verso l'OdV.....	60
G.	Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies del Decreto).....	60
G.1.	Reati potenzialmente rilevanti .....	60
G.2.	Attività sensibili .....	62
G.2.1.	Premessa .....	62
G.2.2.	Le attività sensibili .....	62

G.2.2.1. Attività a rischio di infortunio e malattia professionale .....	63
G.2.2.2. Attività a rischio di reato .....	63
G.2.2.3. Elenco di tutte le attività a rischio.....	64
G.3. Principi generali di comportamento .....	65
G.4. Protocolli specifici di prevenzione .....	66
G.5. Ulteriori controlli .....	70
G.6. Attività di audit per la verifica periodica dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure.....	72
G.7. Flussi informativi verso l'OdV .....	72
<b>H. Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25-octies del Decreto).....</b>	<b>73</b>
H.1. Reati potenzialmente rilevanti.....	73
H.2. Attività sensibili .....	73
H.3. Protocolli generali e specifici di prevenzione.....	73
H.4. Flussi informativi verso l'OdV .....	74
H bis.1. Delitto di Autoriciclaggio .....	74
H bis.2. Protocolli generali e specifici di prevenzione .....	75
<b>I. Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies del Decreto) .....</b>	<b>75</b>
I.1. Reati potenzialmente rilevanti .....	75
I.2. Attività sensibili .....	76
I.3. Protocolli generali e specifici di prevenzione .....	76
I.4. Flussi informativi verso l'OdV.....	76
<b>J. Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies del Decreto).....</b>	<b>76</b>
J.1. Reato applicabile.....	76
J.2. Attività sensibili e prevenzione .....	77
<b>K. Reati ambientali (art. 25-undecies del Decreto) .....</b>	<b>77</b>
K.1. Reati potenzialmente rilevanti .....	77
K.2. Attività sensibili.....	79
K.3. Protocolli di carattere generale.....	79
K.4. Protocolli specifici di prevenzione.....	80
K.5. Flussi informativi verso l'OdV.....	82
<b>L. Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies del Decreto) .....</b>	<b>82</b>
L.1. Reato applicabile .....	82
L.2. Attività sensibili .....	83
L.3. Protocolli specifici di prevenzione .....	83
L.4. Flussi informativi verso l'OdV .....	83

## PARTE GENERALE

### 1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Si fornisce qui di seguito la definizione dei principali termini utilizzati nel Modello di Organizzazione Gestione e Controllo del POLICLINICO SAN DONATO Spa.

- Decreto:** decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e successive modificazioni o integrazioni. ☒ Attività sensibili: attività della Società nel cui ambito sussiste il rischio, anche potenziale, di commissione di reati di cui al Decreto. ☒
- Linee guida AIOP:** documento-guida dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata emanato nel settembre 2004 per la costruzione del modello di organizzazione, gestione e controllo di cui al Decreto.
- Linee guida Confindustria:** documento-guida di Confindustria (approvato il 7 marzo 2002 ed aggiornato al 31 marzo 2008) per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo di cui al Decreto.
- Codice Etico:** codice etico adottato dalla Società. ☒ Organismo di Vigilanza o OdV: organismo previsto dall'art. 6 del Decreto, preposto alla vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del modello organizzativo e al relativo aggiornamento.
- Consulenti:** soggetti che, in ragione delle competenze professionali, prestano la propria opera intellettuale in favore o per conto della Società sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale.
- Dipendenti:** soggetti aventi con la Società un contratto di lavoro subordinato, parasubordinato o somministrati da agenzie per il lavoro interinale.
- Partner:** le controparti contrattuali della Società, persone fisiche o giuridiche, con cui la stessa addivenga ad una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata.
- CCNL:** contratto Collettivo Nazionale di Lavoro attualmente in vigore ed applicato dalla Società.
- TUF:** decreto Legislativo 24 febbraio 1998, n. 58 e successive modificazioni o integrazioni. ☒ Strumenti di attuazione del Modello: Statuto, organigrammi, conferimenti di poteri, job description, policy, procedure, disposizioni organizzative e tutte le altre disposizioni, provvedimenti ed atti della Società
- Modello:** modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001 adottato dalla Società. Si intende il complesso dei principi di comportamento e delle procedure operative ad essi ispirate, adottati dal POLICLINICO, al fine di prevenire la commissione dei reati, così come previsto dagli artt. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001, ad integrazione degli strumenti Organizzativi e di Controllo vigenti nell'Ente (Codice Etico, Procedure e Istruzioni Operative, Organigrammi, Procure, Deleghe, Documento di valutazione dei Rischi Lavorativi, Manuale delle Procedure e Manuale Qualità). Il Modello prevede, inoltre, l'individuazione dell'Organismo di Vigilanza, nonché delle funzioni ad

- esso attribuite e la definizione del sistema sanzionatorio e dell'attività di formazione relativa al D.Lgs. 231/01 e alle disposizioni in esso contenute.
- Soggetti apicali:** si intendono tutti i soggetti che rivestono, anche di fatto, funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché persone che esercitano, anche di fatto, la gestione o il controllo della Società.
- Soggetti subordinati:** persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza dei soggetti di cui al punto precedente.
- Pubblico ufficiale:** si intende ogni soggetto che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. È pubblica la funzione amministrativa disciplinata dal diritto pubblico e da atti autorizzativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autorizzativi o certificativi.
- Pubblica Amministrazione o P.A.:** si intende qualsiasi Ente pubblico<sup>1</sup>, agenzia amministrativa indipendente, persona, fisica o giuridica, che agisce in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ovvero in qualità di membro di organo delle Comunità europee, di funzionario delle Comunità europee o di funzionario di Stato estero.
- Processi sensibili:** si intende ogni processo dell'attività aziendale in relazione al quali si ritiene possibile la commissione dei reati sanzionati dal D. Lgs. 231/2001.
- Procedure e Istruzioni Operative:** si intende l'insieme di regole e protocolli formalizzati per l'esecuzione di determinate operazioni e processi aziendali. Tali regole sono elencate per ciascuna area di rischio/reato individuata nel Modello ex D. Lgs. 231/2001 e costituiscono parte integrante dello stesso.
- Soggetti destinatari:** si intendono tutti i soggetti a cui è rivolto il Modello, e più precisamente i Soci, gli Amministratori, i Sindaci, i Direttori, i Medici, i Dipendenti, i Collaboratori, i Consulenti, i fornitori e gli *stakeholders* in generale.
- Tracciabilità:** si intende l'aspetto procedurale che prevede la dimostrazione, attraverso precise tracce documentali, dello svolgimento di un certo evento aziendale o di un processo decisionale.
- Organismo di Vigilanza:** si intende l'Organismo che, nell'ambito dell'applicazione del Modello, ha il compito di vigilare (i) sull'osservanza delle prescrizioni del Modello (in relazione alle diverse tipologie di reato contemplate nel Decreto); (ii) sull'efficacia del Modello in relazione alla struttura aziendale e all'effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati; (iii) sulla irrogazione delle sanzioni disciplinari interne, nel caso in cui vi sia stata violazione, da parte dei soggetti interessati, delle regole fissate nel Modello stesso; (iv) sulla pianificazione e lo svolgimento di un'adeguata attività di formazione, nonché (v) sull'opportunità di aggiornamento del Modello, ogniqualvolta si ravvisino esigenze di modifica dello stesso, in relazione all'introduzione di nuove

<sup>1</sup> Nella definizione di Ente Pubblico sono compresi quei soggetti privati che, per ragioni preminenti di ordine politico-economico, adempiono ad una funzione pubblicistica posta a presidio della tutela di interessi generali.

fattispecie di reato nel perimetro di applicazione del D.Lgs. 231/01 e/o alle mutate condizioni ambientali e/o a nuovi orientamenti della *best practice*.

**Controllo Interno o *Internal Auditor*:** si intende la funzione e/o le persone incaricate di svolgere le attività di controllo interno attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti necessari o utili a verificare le attività del POLICLINICO, a garanzia del raggiungimento degli obiettivi, sia quantitativi che qualitativi, attraverso metodologie corrette e trasparenti. Tale funzione si rapporta con l'Organismo di Vigilanza e relaziona direttamente il Consiglio di Amministrazione. Esso non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività della società, né facoltà di destinare risorse economiche e finanziarie della società stessa. È una funzione indipendente alla quale tutte le strutture aziendali si possono rivolgere per la risoluzione dei problemi legati alla *compliance* e al rispetto delle regole interne del POLICLINICO.

### **ABBREVIAZIONI**

Nella parte che segue e nelle Procedure allegate, saranno utilizzate le seguenti abbreviazioni:

<b>Policlinico o PSD:</b>	si intende il Policlinico San Donato Spa.
<b>OdV.:</b>	si intende l'Organismo di Vigilanza della società.
<b>CdA:</b>	si intende il Consiglio di Amministrazione della società.
<b>AD:</b>	si intende l'Amministratore Delegato.
<b>Soci:</b>	si intendono i soci del PSD.
<b>DS:</b>	si intende il Direttore Sanitario del PSD.
<b>CI:</b>	si intende il Controllo Interno del PSD.
<b>Decreto o D.Lgs. 231/01:</b>	si intende il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001, n. 231, nel testo vigente.
<b>AIOP:</b>	si intende l'Associazione Italiana Ospedalità Privata.
<b>SSR:</b>	si intende il Servizio Sanitario Regionale.
<b>SSN:</b>	si intende il Servizio Sanitario Nazionale.
<b>DRG</b>	si intende il <i>Diagnosis-related group</i> o Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi. E' un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri correlato con le diagnosi e gli interventi. Il DRG viene attribuito alle differenti diagnosi/prestazioni cliniche erogate tramite un <i>software denominato DRG Grouper</i> .
<b>IRCCS</b>	si intende l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
<b>SDO</b>	si intende la scheda di dimissione ospedaliera.
<b>ATS</b>	si intende l'Agenzia per la Tutela della Salute (ex ASL)
<b>ASL</b>	si intende l'Azienda Sanitaria Locale, dal 1 gennaio 2016 confluita nella ATS
<b>NOC</b>	si intendono i Nuclei Operativi di Controllo delle Aziende Sanitarie Locali.

## **2. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231**

### **2.1 Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico delle persone giuridiche ex D. Lgs. n. 231/2001**

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 ha introdotto la disciplina della responsabilità delle persone giuridiche (società ed enti) per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Nel suo testo originario il Decreto fa riferimento ai **reati contro la Pubblica Amministrazione** (art. 24 e art. 25), e cioè:

- indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un Ente Pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un Ente Pubblico (art. 24 e 24 bis D. Lgs. 231/2001);
- concussione e corruzione (art. 25 D. Lgs. 231/2001).

l'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/2001 riguarda i seguenti reati presupposto<sup>2</sup>:

#### **1. Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico (Art. 24, D.Lgs. n. 231/2001);**

Malversazione a danno dello Stato (art. 316-bis c.p.);

Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art.316-ter c.p.);

Truffa in danno dello Stato o di altro ente pubblico o delle Comunità europee (art.640, comma 2, n.1, c.p.);

Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640-bis c.p.);

Frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 640-ter c.p.).

#### **2. Delitti informatici e trattamento illecito di dati (Art. 24-bis, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 48/2008]**

Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria (art. 491-bis c.p.)

Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615-ter c.p.)

Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615-quater c.p.)

Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art. 615-quinquies c.p.)

Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quater c.p.)

Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quinquies c.p.)

Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635-bis c.p.)

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.)

Danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635-quater c.p.)

Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635-quinquies c.p.)

Frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640-quinquies c.p.)

#### **3. Delitti di criminalità organizzata (Art. 24-ter, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 94/2009 e modificato dalla L. 69/2015]**

Associazione per delinquere (art. 416 c.p.p.)

Associazione di tipo mafioso (art. 416-bis c.p.) [articolo modificato dalla L. n. 69/2015]

Scambio elettorale politico-mafioso (art. 416-ter c.p.)

Sequestro di persona a scopo di estorsione (art. 630 c.p.)

Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 DPR 9 ottobre 1990, n. 309)

---

<sup>2</sup> Per una disamina completa si confronti l'Appendice "catalogo degli illeciti amministrativi e dei reati presupposto della responsabilità degli enti".



Tutti i delitti se commessi avvalendosi delle condizioni previste dall'art. 416-bis c.p. per agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo (L. 203/91)

Illegale fabbricazione, introduzione nello Stato, messa in vendita, cessione, detenzione e porto in luogo pubblico o aperto al pubblico di armi da guerra o tipo guerra o parti di esse, di esplosivi, di armi clandestine nonché di più armi comuni da sparo (art. 407, co. 2, lett. a), numero 5), c.p.p.)

**4. Concussione, induzione indebita a dare o promettere altra utilità e corruzione (Art. 25, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo modificato dalla L. n. 190/2012]

Concussione (art. 317 c.p.)

Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.) [articolo modificato dalla L. n. 190/2012]

Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio (art. 319 c.p.)

Circostanze aggravanti (art. 319-bis c.p.)

Corruzione in atti giudiziari (art. 319-ter c.p.)

Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319-quater) [articolo aggiunto dalla L. n. 190/2012]

Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.)

Pene per il corruttore (art. 321 c.p.)

Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.)

Peculato, concussione, induzione indebita dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (art. 322 bis c.p.) [articolo modificato dalla L. n. 190/2012]

**5. Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (Art. 25-bis, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dal D.L. n. 350/2001, convertito con modificazioni dalla L. n. 409/2001; modificato dalla L. n. 99/2009]

Falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete falsificate (art. 453 c.p.)

Alterazione di monete (art. 454 c.p.)

Spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate (art. 455 c.p.)

Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede (art. 457 c.p.)

Falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art. 459 c.p.)

Contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (art. 460 c.p.)

Fabbricazione o detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata (art. 461 c.p.)

Uso di valori di bollo contraffatti o alterati (art. 464 c.p.)

Contraffazione, alterazione o uso di marchi o segni distintivi ovvero di brevetti, modelli e disegni (art. 473 c.p.)

Introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi (art. 474 c.p.)

**6. Delitti contro l'industria e il commercio (Art. 25-bis.1, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

Turbata libertà dell'industria o del commercio (art. 513 c.p.)

Illecita concorrenza con minaccia o violenza" (art. 513-bis c.p.)

Frodi contro le industrie nazionali (art. 514)

Frode nell'esercizio del commercio (art. 515 c.p.)

Vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine (art. 516 c.p.)

Vendita di prodotti industriali con segni mendaci (art. 517 c.p.)

Fabbricazione e commercio di beni realizzati usurpando titoli di proprietà industriale (art. 517-ter c.p.)

Contraffazione di indicazioni geografiche o denominazioni di origine dei prodotti agroalimentari (art. 517-quater c.p.)

**7. Reati societari Art. 25-ter, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dal D.Lgs. n. 61/2002, modificato dalla L. n. 190/2012 e dalla L. 69/2015]

False comunicazioni sociali (art. 2621 c.c.) [articolo modificato dalla L. n. 69/2015]

False comunicazioni sociali delle società quotate (art. 2622) [articolo modificato dalla L. n. 69/2015]

Impedito controllo (art. 2625, comma 2, c.c.)  
Indebita restituzione di conferimenti (art. 2626 c.c.)  
Illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.)  
Illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 c.c.)  
Operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 c.c.)  
Omessa comunicazione del conflitto d'interessi (art. 2629-bis c.c.) [aggiunto dalla legge n. 262/2005]  
Formazione fittizia del capitale (art. 2632 c.c.)  
Indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.)  
Corruzione tra privati (art. 2635 c.c.) [aggiunto dalla legge n. 190/2012]  
Illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 c.c.)  
Aggiotaggio (art. 2637 c.c.)  
Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638, comma 1 e 2, c.c.)

**8. Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali (Art. 25-quater, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 7/2003]

Associazioni sovversive (art. 270 c.p.)  
Associazioni con finalità di terrorismo anche internazionale o di eversione dell'ordine democratico (art. 270 bis c.p.)  
Assistenza agli associati (art. 270 ter c.p.)  
Arruolamento con finalità di terrorismo anche internazionale (art. 270 quater c.p.)  
Addestramento ad attività con finalità di terrorismo anche internazionale (art. 270 quinques c.p.)  
Condotte con finalità di terrorismo (art. 270 sexies c.p.)  
Attentato per finalità terroristiche o di eversione (art. 280 c.p.)  
Atto di terrorismo con ordigni micidiali o esplosivi (art. 280 bis c.p.)  
Sequestro di persona a scopo di terrorismo o di eversione (art. 289 bis c.p.)  
Istigazione a commettere alcuno dei delitti preveduti dai Capi primo e secondo (art. 302 c.p.)  
Cospirazione politica mediante accordo (art. 304 c.p.)  
Cospirazione politica mediante associazione (art. 305 c.p.)  
Banda armata: formazione e partecipazione (art. 306 c.p.)  
Assistenza ai partecipi di cospirazione o di banda armata (art. 307 c.p.)  
Impossessamento, dirottamento e distruzione di un aereo (L. n. 342/1976, art. 1)  
Danneggiamento delle installazioni a terra (L. n. 342/1976, art. 2)  
Sanzioni (L. n. 422/1989, art. 3)  
Pentimento operoso (D.Lgs. n. 625/1979, art. 5)  
Convenzione di New York del 9 dicembre 1999 (art. 2)

**9. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (Art. 583-bis c.p.) (Art. 25-quater.1, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 7/2006]

Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583-bis)

**10. Delitti contro la personalità individuale (Art. 25-quinques, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 228/2003]

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.) [aggiunto dall'art. 10, L. 6 febbraio 2006 n. 38]  
Iniziativa turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-quinques c.p.)  
Tratta di persone (art. 601 c.p.)  
Acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 c.p.)  
Adescamento di minorenni (art. 609-undecies)

**11. Reati di abuso di mercato (Art. 25-sexies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 62/2005]

Abuso di informazioni privilegiate (art. 184 D. Lgs. n. 58/1998)  
Manipolazione del mercato (art. 185 D. Lgs. n. 58/1998)

**12. Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (Art. 25-septies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 123/2007]

Omicidio colposo (art. 589 c.p.)

Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)

**13. Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio (Art. 25-octies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dal D. Lgs. n. 231/2007; modificato dalla L. n. 186/2014]

Ricettazione (art. 648 c.p.)

Riciclaggio (art. 648-bis c.p.)

Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 648-ter c.p.)

Autoriciclaggio (art. 648-ter.1 c.p.)

**14. Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)

Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)

Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)

Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)

Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)

Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)

Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**15. Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (Art. 25-decies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dalla L. n. 116/2009]

Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377-bis c.p.).

**16. Reati ambientali (Art. 25-undecies, D.Lgs. n. 231/2001)** [articolo aggiunto dal D.Lgs. n. 121/2011, modificato dalla L. n. 68/2015]

Inquinamento ambientale (art. 452-bis c.p.)

Disastro ambientale (art. 452-quater c.p.)

Delitti colposi contro l'ambiente (art. 452-quinquies c.p.)

Traffico e abbandono di materiale ad alta radioattività (art. 452-sexies c.p.)

Circostanze aggravanti (art. 452-octies c.p.)

Uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette (art. 727-bis c.p.)

Distruzione o deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto (art. 733-bis c.p.)  
Importazione, esportazione, detenzione, utilizzo per scopo di lucro, acquisto, vendita, esposizione o detenzione per la vendita o per fini commerciali di specie protette (L. n.150/1992, art. 1 e art. 2)  
Scarichi di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose; scarichi sul suolo, nel sottosuolo e nelle acque sotterranee; scarico nelle acque del mare da parte di navi od aeromobili (D. Lgs n.152/2006, art. 137)  
Attività di gestione di rifiuti non autorizzata (D. Lgs n.152/2006, art. 256)  
Traffico illecito di rifiuti (D. Lgs n.152/2006, art. 259)  
Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti (D. Lgs n.152/2006, art. 260)  
Inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali o delle acque sotterranee (D. Lgs n. 152/2006, art. 257)  
Violazione degli obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (D. Lgs n.152/2006, art. 258)  
False indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti; inserimento nel SISTRI di un certificato di analisi dei rifiuti falso; omissione o fraudolenta alterazione della copia cartacea della scheda SISTRI - area movimentazione nel trasporto di rifiuti (D. Lgs n.152/2006, art. 260-bis)  
Inquinamento doloso provocato da navi (D. Lgs. n.202/2007, art. 8)  
Inquinamento colposo provocato da navi (D. Lgs. n.202/2007, art. 9)

**17. Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (Art. 25-duodecies, D.Lgs. n. 231/2001)**  
[articolo aggiunto dal D.Lgs. n. 109/2012]

Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 22, comma 12 bis, D.Lgs. n. 286/1998)

**18. Reati transnazionali (L. n. 146/2006)** [Costituiscono presupposto per la responsabilità amministrativa degli enti i seguenti reati se commessi in modalità transnazionale]

Disposizioni contro le immigrazioni clandestine (art. 12, commi 3, 3-bis, 3-ter e 5, del testo unico di cui al D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286)

Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 del testo unico di cui al D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309)

Associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri (art. 291-quater del testo unico di cui al D.P.R. 23 gennaio 1973, n. 43)

Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377-bis c.p.)

Favoreggiamento personale (art. 378 c.p.)

Associazione per delinquere (art. 416 c.p.)

Associazione di tipo mafioso (art. 416-bis c.p.)

I presupposti affinché un ente possa incorrere nella descritta responsabilità risultano essere:

- a) che una persona fisica – apicale o sottoposta - commetta uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;
- b) che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente;
- c) che il reato commesso dai soggetti individuati dalla legge derivi, quanto meno, da una "*colpa di organizzazione*" dell'ente.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il D. Lgs. 231/2001 individua con l'art. 5 - rubricato "*Responsabilità dell'ente*" - due tipologie di soggetti i quali, qualora dovessero commettere nell'interesse o a vantaggio dell'ente uno dei reati sopra evidenziati, potrebbero determinare una responsabilità a carico dell'ente stesso.

Secondo il dettato della citata norma, "l'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

- a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a)".

Tuttavia, "l'ente non risponde se le persone innanzi indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi".

La prima delle descritte figure (gli apicali) ricomprende gli amministratori, i direttori generali, i direttori sanitari, i responsabili dei Reparti e delle Unità Operative e i direttori delle funzioni aziendali.

"Soggetto all'altrui direzione" può invece essere chiunque si trovi ad operare internamente all'ente in una posizione anche non formalmente inquadrabile in un rapporto di lavoro dipendente, purché sottoposto alla direzione o alla Vigilanza altrui (es. medici liberi professionisti e/o consulenti esterni).

La sola esistenza di uno dei rapporti innanzi descritti in capo all'autore del reato non è sufficiente di per sé a far sorgere la responsabilità in capo alla persona giuridica. Occorre anche che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio della medesima.

Pertanto, l'ente risponde del reato qualora il suo autore lo abbia commesso con l'intenzione di perseguire un interesse esclusivo e/o concorrente dell'ente stesso, ovvero qualora il reato si riveli comunque vantaggioso per quest'ultimo. Tuttavia, la responsabilità dell'ente deve ritenersi esclusa qualora risultasse che l'autore del reato abbia agito per il perseguimento di un interesse esclusivamente proprio.

## **2.2 L'adozione di un Modello Organizzativo quale condizione di possibile esclusione della responsabilità amministrativa**

L' art. 7, 1° e 2° comma del D. Lgs. 231/2001 - rubricato "Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente" - statuisce che "nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b)<sup>3</sup>, l'ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di Direzione o Vigilanza. In ogni caso, è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo, idoneo a prevenire reati della specie di cui verificatosi".

In relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, il Modello prevede misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio (art. 7, 3° comma D. Lgs. 231/2001).

Gli artt. 6 e 7 del Decreto offrono, infatti, all'ente una forma di esonero dalla propria responsabilità, disciplinando le condizioni al verificarsi delle quali l'ente non risponde del reato commesso dai soggetti individuati dall'art. 5.

Introducendo un'inversione dell'onere della prova, l'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 - rubricato "Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente" - prevede che "se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che:

- a) l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, nonché di adeguata capacità di spesa;
- c) le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione;
- d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b)".

---

<sup>3</sup> L'articolo 5, comma 1, lett. b, stabilisce la responsabilità dell'Ente per i reati commessi nel suo interesse o nel suo vantaggio da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso.

Ai fini di idoneità, i suddetti Modelli devono rispondere, *“in relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati alle seguenti esigenze:*

- a) individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;*
- b) prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;*
- c) individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;*
- d) prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli;*
- e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello” (art. 6, 2° comma D. Lgs. 231/2001).*

Ai sensi dell'art. 7, 4° comma D. Lgs. 231/2001, *“l'efficace attuazione del modello richiede:*

- a) una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute ovvero intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;*
- b) un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.”*

### **3. ADOZIONE DEL MODELLO EX D.LGS. 231 DEL 2001**

#### **3.1 Situazione attuale del PSD - Brevi cenni relativi all'attività**

Il POLICLINICO SAN DONATO inizia a svolgere la sua attività nel 1969 e viene riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per lo studio e la cura delle *“Malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto e nel bambino”* dal Ministro della Salute nel marzo 2006.

In estrema sintesi, il POLICLINICO SAN DONATO è:

- un ospedale ad alta specializzazione interamente accreditato con il SSN, fortemente integrato nella cooperazione internazionale, sede di formazione permanente di specialisti provenienti da diversi Paesi e attivo all'estero con il sistematico svolgimento di missioni a scopo didattico, clinico e umanitario;
- sede di Polo Universitario, che ospita il Triennio Clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e la Laurea Triennale in Infermieristica;
- il primo ospedale ad alta specializzazione in Europa ad ottenere la Certificazione di Qualità per tutte le sue attività;
- sede, dal 1988, del Centro Cardiovascolare *“Edmondo Malan”*.

L'attività si articola in 27 Unità Operative di Diagnosi e Cura, 15 Servizi di Diagnosi, 10 Centri di Ricerca ed un Servizio di *Day Hospital*, medico e chirurgico.

La struttura ospedaliera, con sede a San Donato Milanese, dispone di 10 sale operatorie ad avanzata tecnologia, di 429 posti letto accreditati, di cui 45 di terapia intensiva *post operatoria*, rianimazione, *stroke unit* e unità coronarica e 53 di Riabilitazione.

Il PSD occupa circa milleduecento unità suddivise in medici specialisti, infermieri e personale sanitario e tecnico, impiegati amministrativi ed occupati dell'indotto.

#### **3.2 Governance, stato delle procedure e obiettivi perseguiti con l'adozione del Modello**

Il sistema di corporate governance della Società è così articolato:

- **Assemblea:** è competente a deliberare, in sede ordinaria e straordinaria, sulle materie alla stessa riservate dalla legge;
- **Organo Amministrativo:** la Società può essere amministrata da un Amministratore Unico o da un Consiglio di Amministrazione composto da un numero di membri dispari compreso tra tre e nove; l'Organo Amministrativo è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della Società, esclusi soltanto quelli riservati dalla legge o dallo Statuto in via esclusiva all'Assemblea. Alla data di approvazione del presente documento, la Società è amministrata da un Consiglio di Amministrazione composto da undici membri;
- **Collegio Sindacale:** la gestione sociale è controllata da un Collegio Sindacale costituito da sei membri effettivi e due membri supplenti;
- **Controllo contabile:** il controllo contabile sulla Società è esercitato da una società di revisione iscritta nel registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

Come già anticipato, il PSD è un'azienda ospedaliera accreditata con il SSN ed è pertanto soggetta a controlli e verifiche da parte della Regione, a cui spetta il compito di stabilire le modalità di valutazione delle strutture, delle procedure e dei requisiti di qualificazione, nonché di verificare i risultati prodotti in termini di qualità e di appropriatezza delle metodologie applicate.

L'assoggettamento al regime dell'accreditamento e la conseguente necessità di rispettare i requisiti previsti hanno fatto sì che la società fosse già dotata da anni di un complesso di strutture e di procedure interne che costituiscono, anche ai sensi del D.Lgs. 231/01, un presidio per la prevenzione di alcuni dei reati inclusi nel perimetro della suddetta legge.

A riguardo, si consideri che il PSD ha istituito da alcuni anni, e via via implementato, l'ufficio EFCAS (Ufficio elaborazione, fatturazione e controllo sanitario), dedicato ad assicurare la correttezza formale e la completezza delle SDO, nonché la esatta codifica di tutte le cartelle cliniche e delle impegnative ai fini dell'adempimento del debito informativo nei confronti della Regione e della ATS di competenza, nonché della corretta fatturazione delle prestazioni erogate.

In aggiunta, si consideri che l'ottenimento della Certificazione di Qualità alla norma UNI EN ISO 9002 fin dal 1998 e alla norma UNI EN ISO 9001 dal 2003, rappresenta una ulteriore conferma della volontà del PSD di dotarsi di un Sistema di Gestione della Qualità, nonché delle relative procedure, sottoposto periodicamente ad un processo di certificazione e sorveglianza da parte di un organismo indipendente accreditato, corrispondente alla norma ed atto ad uniformare le attività aziendali a *standard* di eccellenza universalmente riconosciuti.

IL POLICLINICO SAN DONATO, inoltre, intende promuovere e consolidare al proprio interno una cultura di trasparenza, integrità e controllo nell'esercizio delle attività aziendali, nella convinzione che l'assoluto rispetto di questi valori rappresenti una premessa indispensabile ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali di eccellenza.

Conseguentemente, nell'ottica di predisporre una ancor più efficiente attività di controllo e di monitoraggio di tutti i processi sensibili, il PSD ha adottato e implementato all'interno della struttura, il Modello Organizzativo specificatamente aderente alle disposizioni del D.Lgs. 231/01 quali, in particolare:

- l'introduzione e l'aggiornamento continuo di una serie di procedure operative interne, finalizzate a costituire un valido strumento a presidio delle potenziali aree a rischio reato;
- l'implementazione dell'Ufficio EFCAS, a garanzia del controllo di tutte le impegnative, le cartelle cliniche e le SDO e delle codifiche in esse riportate;
- l'adozione di un Codice Etico Comportamentale;

- la sottoscrizione da parte del personale medico libero professionista di un contratto che, in estrema sintesi, **(i)** obbliga questi ultimi all'osservanza del codice etico e comportamentale del POLICLINICO, nonché di quanto disposto dal Modello Organizzativo e **(ii)** subordina il conseguimento della quota variabile della remunerazione ad essi spettante al raggiungimento di obiettivi anche di natura qualitativa, tra i quali il rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 231/01, dal Codice etico e dal Modello Organizzativo adottato dal POLICLINICO;
- l'istituzione della funzione del Controllo Interno;
- la mappatura dei processi e delle attività aziendali "sensibili" ovvero delle aree operative nel cui ambito potrebbe essere più frequente la possibilità di commissione dei reati di cui al Decreto.
- la trasmissione, all'ATS competente per territorio, entro il febbraio di ogni anno, da febbraio 2013, di un sintetico estratto della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza attestante in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità (All.1 DGR Lombardia 4606 del 28/12/12)

La prima redazione del Modello è stata svolta da un *team* di professionisti esterni e dal personale interno all'azienda e ha avuto ad oggetto **(i)** l'analisi delle procedure e del sistema dei controlli già esistenti, **(ii)** la revisione e integrazione delle procedure interne per renderle più incisive, più chiare ed organizzate, **(iii)** la previsione di un Organismo di Vigilanza e di un sistema sanzionatorio più efficace e stringente e **(iv)** nell'elaborazione del presente Modello Organizzativo ex D Lgs. 231/01.

### 3.3 Oggetto e scopo del Modello

Con l'adozione del Modello, la Società intende adempiere puntualmente al Decreto e migliorare e rendere quanto più efficienti possibile il sistema di controllo interno e di *corporate governance* già esistenti.

Obiettivo principale del Modello è quello di creare un sistema organico e strutturato di principi e procedure di controllo, atto a prevenire, ove possibile e concretamente fattibile, la commissione dei reati previsti dal Decreto. Il Modello costituirà il fondamento del sistema di governo della Società ed andrà ad implementare il processo di diffusione di una cultura d'impresa improntata alla correttezza, alla trasparenza ed alla legalità.

Il PSD, nell'intento di assicurare, a tutela della propria posizione e immagine, condizioni di correttezza, integrità e trasparenza nella conduzione delle attività aziendali, ritiene (i) di attuare un programma continuo di analisi dei propri strumenti organizzativi di gestione e controllo, (ii) di verificare continuamente la corrispondenza delle procedure aziendali già esistenti alle finalità previste dal Decreto e (iii) di procedere sistematicamente all'attuazione del Modello rigorosamente a norma di Legge.

Tale Politica Aziendale è stata assunta nella convinzione che il Modello stesso - che riassume ed integra l'insieme di regole e procedure interne già presenti e che vengono continuamente introdotte - possa costituire un valido e efficace strumento di sensibilizzazione nei confronti di tutti coloro che operano nel PSD, affinché si attengano, nell'espletamento delle proprie attività, a comportamenti corretti, trasparenti e lineari, tali da prevenire il rischio di compimento dei reati contemplati nel Decreto.

L'attività di mappatura delle aree/attività a rischio reato ex D. Lgs. 231/01 porta a individuare i criteri generali che regolano l'aggiornamento del presente documento.

Tali criteri principalmente consistono:

- nella attuazione di sistemi di controllo interni al POLICLINICO che consentono una costante azione di monitoraggio sulle potenziali aree di attività a rischio e un tempestivo intervento per prevenire o impedire la prosecuzione della commissione di eventuali reati;
- nell'individuazione e verifica continua di specifiche procedure e istruzioni interne che siano parte integrante del Modello e che individuino i soggetti titolari delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità;



- nella adeguata separazione delle funzioni, al fine di impedire che i destinatari del Modello possano gestire in maniera autonoma un intero processo, nonché nella definizione e nell'attribuzione di poteri autorizzativi in linea con le responsabilità assegnate;
- nella definizione di obblighi informativi nei confronti del Controllo Interno e dell'Organismo di Vigilanza, nonché di appositi canali informativi interni;
- nell'introduzione nella verifica continua dell'effettività ed efficacia di un sistema sanzionatorio che deve essere applicato quando necessario in caso di violazione delle linee di condotta indicate dal Modello, dal D.Lgs 231/01, dal Codice Etico, dalle procedure interne previste dal Modello stesso;
- nella programmazione della formazione interna, obbligatoria per tutti i livelli aziendali, e di informazione e diffusione ai terzi sui contenuti del Decreto, sulle regole comportamentali e sulle procedure e istruzioni adottate dal POLICLINICO.

In questo ambito, si richiamano di seguito i principali presidi del PSD, ai quali il Modello fa riferimento

- Statuto sociale;
- Codice Etico;
- Carta dei Servizi;
- Carta europea dei diritti del malato;
- Manuale Qualità;
- Manuale delle Procedure di Qualità, conforme con la normativa UNI EN ISO 9001;
- Manuale della cartella clinica;
- Sistema di deleghe, di poteri e di procure;
- Sistema disciplinare del personale dipendente;
- Procedure e istruzioni per il regolare svolgimento delle attività aziendali;
- Sistema aziendale di gestione per la sicurezza sul lavoro e l'ambiente;
- Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e le relative misure di prevenzione e protezione;
- Documento programmatico sulla sicurezza;
- Documento di politica del personale.

Si consideri, peraltro, che il sistema di regole, procedure e istruzioni interne esistenti ed applicate, per la prevenzione dei reati *ex D.Lgs. 231/01*, riepilogate nella parte speciale del presente Modello alla quale si rimanda, sono strumento necessario per il buon funzionamento del Modello stesso, e ne costituiscono, pertanto, una parte fondamentale.

Particolare rilevanza assume la normativa interna disciplinante le attività a rischio di reato ai sensi del D.Lgs. 231/2001, con particolare riferimento agli aspetti attinenti alla:

- definizione di deleghe (poteri) e facoltà (limiti di spesa);
- verificabilità e documentabilità delle operazioni (cosiddetta tracciabilità);
- separazione delle funzioni;
- effettuazione di controlli a diversi livelli.

Il Modello si propone, mediante l'individuazione delle attività "sensibili" a rischio di reato e la definizione delle relative procedure e istruzioni operative, di perseguire le seguenti finalità:

- determinare, in tutti soggetti che effettuano attività "sensibili", la consapevolezza di poter incorrere, in caso di illecito penale 231, in sanzioni penali proprie e amministrative per l'Azienda;

- ribadire che ogni comportamento illecito è condannato dal PSD in quanto contrario, oltre che alle disposizioni di legge, anche ai principi etico/sociali cui la società ha deciso di attenersi nell'assolvimento della propria missione;
- consentire al PSD, grazie alla cultura aziendale condivisa, al sistema aziendale dei controlli interni e all'azione di monitoraggio attivato dall'Organismo di Vigilanza sulle aree a rischio di commissione di reato ex D.Lgs. 231/01, di intervenire tempestivamente per prevenire o contrastare il compimento dei reati stessi.

In tale ottica, il Modello presuppone:

- un'attività di sensibilizzazione e di formazione ai fini della diffusione a tutti i livelli aziendali delle regole comportamentali in vigore nella società;
- il costante aggiornamento della mappatura delle attività "sensibili" ai sensi del Decreto, in particolare per le unità organizzative a maggior rischio di commissione delle fattispecie di reato 231;
- l'istituzione di apposito Organismo di Vigilanza e l'attribuzione allo stesso di specifici compiti di controllo sull'efficace e corretto funzionamento del Modello, nonché la messa a disposizione dell'Organismo stesso di risorse aziendali adeguate e proporzionate ai compiti affidatigli e ai risultati ragionevolmente attesi;
- la verifica e la documentazione delle operazioni "sensibili" (cd. "tracciabilità");
- il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
- la definizione di poteri autorizzativi coerenti con i compiti e le responsabilità assegnati;
- la verifica dei comportamenti aziendali, nonché del funzionamento del Modello con conseguente aggiornamento periodico.

### **3.4 La costruzione e l'aggiornamento continuo del Modello e i suoi principi ispiratori**

Il PSD ha predisposto nel 2010 la prima edizione formalizzata del Modello aziendale di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto.

A tale scopo è stata svolta una serie di attività propedeutiche, suddivise in differenti fasi e dirette alla costruzione di un sistema di prevenzione e gestione dei rischi, in linea con le disposizioni della Legge.

Per la suddetta attività, il PSD, lo si ripete, ha destinato risorse umane interne e professionisti esterni specializzati, i quali, ai fini dell'espletamento dell'incarico, si sono riferiti al D. Lgs. 231/2001 (integrato degli aggiornamenti ad oggi intervenuti), al quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, ai Regolamenti, alle raccomandazioni emanate dalle varie Autorità di Controllo, alle indicazioni delle diverse associazioni di categoria (ci riferiamo, in particolare, alle indicazioni contenute nel Codice di Comportamento AIOP, approvato dal Ministero della Giustizia in data 2 novembre 2004 e successivamente in data 24 giugno 2009 e infine 25 settembre 2014), alle linee guida della *best practices* ed anche alla giurisprudenza più recente e consolidata.

A ciò si aggiunga che tale attività si è altresì basata su quanto emerso nel corso dell'indagine penale condotta dall'Autorità Giudiziaria nei confronti del PSD e conclusasi con giudizio che ha messo in evidenza l'assenza di azioni illegali da parte dei soggetti aziendali ma ha comunque stimolato l'approfondimento dei seguenti punti: **(i)** identificare e analizzare le attività aziendali a rischio di reato evidenziate dal procedimento e **(ii)**, conseguentemente, apportare le necessarie modifiche e integrazioni alla struttura aziendale ed al sistema organizzativo interno al fine di rendere ancora più efficaci i presidi di vigilanza e controllo esistenti.

Le risultanze di tale analisi volta all'identificazione ed alla mappatura delle aree di rischio rilevanti ai fini dell'applicazione del Decreto citato, nonché alla verifica del sistema di controllo interno, sono sintetizzate

nel documento denominato *“POLICLINICO SAN DONATO SPA – Mappatura dei rischi e identificazione delle azioni di miglioramento”*.

Dal 2010 si è proceduto alla continua revisione ed alla integrazione di alcune procedure aziendali già in vigore, nonché, ove necessario, alla predisposizione di ulteriori procedure di prevenzione dei rischi/reato ex *D.Lgs. 231/01*; tali attività sono state finalizzate alla definizione di un sistema formalizzato di norme di comportamento e di regole operative rispondente ai dettami del suddetto decreto e coerente con le esigenze di controllo dallo stesso introdotte.

A completamento di tali attività, è stato elaborato il presente Modello che, lo si ripete, è così strutturato:

- **Parte Generale**, relativa al funzionamento dell’Organismo di Vigilanza, ai Flussi informativi e alle segnalazioni da parte e verso tale Organismo, al Sistema Disciplinare, alla Diffusione ed alla Formazione sul Modello stesso.
- **Parte Speciale**, contenente la “sintesi” delle attività a rischio, i relativi presidi organizzativi e le procedure operative, alcune delle quali già in vigore, volte a prevenire la commissione dei reati.

Costituiscono inoltre parte integrante del Modello:

- il risk self assessment finalizzato all’individuazione delle attività sensibili, qui integralmente richiamato e agli atti della Società;
- il Codice Etico, che definisce i principi e le norme di comportamento della Società;
- gli Strumenti di attuazione del Modello.

Tali atti e documenti sono reperibili, secondo le modalità previste per la loro diffusione, all’interno dell’azienda e sulla intranet aziendale.

Come già anticipato, la redazione del presente Modello recepisce ed integra i criteri ispiratori individuati dalle *“Linee Guida per l’adozione del modello organizzativo e gestionale – codice di comportamento ex art. 3 co III del D.Lgs. 231/01”* redatte dall’AIO, documento giudicato idoneo dal Ministero della Giustizia in data 25 settembre 2014 .

Il Modello rappresenta un “atto di emanazione dell’organo dirigente” , ai sensi dell’art. 6, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 231/01 e, in quanto tale, l’approvazione e le successive modifiche sono demandate all’approvazione del Consiglio d’Amministrazione.

Il Modello deve sempre essere tempestivamente modificato o integrato, mediante delibera del Consiglio di Amministrazione, anche su proposta dell’Organismo di Vigilanza, quando:

- siano sopravvenuti cambiamenti significativi nel quadro normativo, nell’organizzazione o nell’attività della Società;
- siano sopravvenute violazioni o elusioni delle prescrizioni in esso contenute, che ne abbiano dimostrato la non efficacia ai fini della prevenzione dei reati.

A tali fini, l’OdV riceve informazioni e segnalazioni dalla Direzione del Personale in merito alle modifiche intervenute nel quadro organizzativo aziendale, nelle procedure e nelle modalità organizzative e gestionali della Società.

Nel caso in cui modifiche, quali chiarimenti o precisazioni del testo, di natura esclusivamente formale si rendano necessarie, l’Amministratore Delegato della Società può provvedervi in maniera autonoma, dopo aver sentito il parere dell’Organismo di Vigilanza, riferendone al Consiglio di Amministrazione nella prima riunione utile dello stesso.

In ogni caso, eventuali accadimenti che rendano necessaria la modifica o l’aggiornamento del Modello devono essere segnalati dall’Organismo di Vigilanza in forma scritta al Consiglio di Amministrazione, affinché questi possa eseguire le delibere di sua competenza.

Le modifiche delle procedure aziendali necessarie per l'attuazione del Modello avvengono ad opera delle Funzioni interessate. L'Amministratore Delegato provvede ad aggiornare di conseguenza, se necessario, la parte speciale del Modello, riferendone al Consiglio di Amministrazione nella prima riunione utile dello stesso. L'Organismo di Vigilanza è costantemente informato dell'aggiornamento e dell'implementazione delle nuove procedure operative ed ha facoltà di esprimere il proprio parere sulle modifiche apportate.

### **3.5. Destinatari del Modello**

Il Modello del Policlinico San Donato si applica:

- a coloro che svolgono, anche di fatto, funzioni di gestione, amministrazione, direzione o controllo nella Società o in una sua unità organizzativa autonoma;
- ai Dipendenti della Società, anche se all'estero per lo svolgimento delle attività;
- ai Consulenti e a tutti coloro i quali, pur non appartenendo al personale della Società, operano su mandato o per conto della stessa.

Tutti i destinatari del Modello sono tenuti a rispettare puntualmente le disposizioni contenute nello stesso e negli Strumenti di attuazione del Modello.

## **4. L'ORGANISMO DI VIGILANZA**

### **4.1 Caratteristiche generali**

Ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il compito di vigilare sul funzionamento, sull'efficacia e sull'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento è assegnato ad un apposito Organismo, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo (art. 6, 1° comma, lett. b).

Tale Organismo deve ispirare la propria azione ai seguenti principi:

- controllo sull'effettività del Modello;
- vigilanza sull'adeguatezza del Modello;
- continuità di azione.

All' Organismo di Vigilanza è garantita la massima libertà di iniziativa e di controllo sulle attività aziendali, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del modello e consentire l'accertamento immediato delle violazioni a rischio di reato

All'OdV sono riconosciuti:

- poteri di acquisizione e di richiesta di informazioni da e verso ogni livello e ambito operativo della società;
- accesso a risorse finanziarie dedicate all'espletamento delle sue funzioni;
- doveri inderogabili di segnalazione di eventuali violazioni del Modello e di proporre procedimenti disciplinari ed eventuali sanzioni a carico di soggetti che non abbiano rispettato le prescrizioni contenute nel Modello;

ed è richiesta l'indipendenza da responsabilità di gestione aziendale ed l'autonomia rispetto ai vertici aziendali.

### **4.2 Nomina, durata e sostituzione dei membri**

L'Organismo di Vigilanza del PSD è un organo collegiale misto composto da tre membri, di cui uno esterno, uno interno ed uno scelto tra persone interne o esterne alla struttura a decisione del CdA, tutti scelti in base ai requisiti di competenza e comprovata esperienza in merito ai compiti assegnati all'OdV; l'Organismo nomina quale Presidente il proprio membro esterno, ad ulteriore garanzia dell'autonomia ed indipendenza

dell'Organismo stesso. Il Presidente ha il compito di promuovere l'attività, presiedere le riunioni e rappresentare l' Organismo di Vigilanza presso gli Amministratori del PSD.

Tale organo viene nominato dal CdA della società che, a tal fine, deve garantire il rispetto da parte dell'Organismo nel suo insieme dei seguenti requisiti:

- professionalità, intesa come "possesso di adeguate competenze specialistiche". I componenti esterni dell'Organismo di Vigilanza dovrebbero essere scelti preferibilmente tra professionisti con esperienza maturata in ambito ispettivo, consulenziale e/o penalistico (avvocati, commercialisti, revisori, giuslavoristi, esperti di Sistemi di Gestione, ecc.);
- onorabilità, intesa come assenza di cause di ineleggibilità, previste per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo<sup>4</sup>;
- autonomia e indipendenza, intese come **(i)** possesso di autonomi poteri di iniziativa e controllo; **(ii)** assenza di vincoli di parentela, entro il quarto grado, con gli Amministratori e/o i componenti del Collegio Sindacale e/o i dipendenti del PSD; **(iii)** assenza di legami con la società derivanti da interessi economici rilevanti o di altra natura che possano generare conflitti o condizionare i doveri di controllo da esercitare ai sensi del D.Lgs. 231/2001; **(iv)** possibilità di relazionarsi direttamente con il vertice societario e gli organi di controllo;
- continuità di azione da realizzarsi anche attraverso il supporto di una struttura interna dedicata; l'OdV è organismo dedito esclusivamente all'espletamento delle funzioni assegnategli e non possono, pertanto, venir ad esso attribuite ulteriori funzioni. La continuità di azione non deve essere intesa come "incessante operatività", dal momento che tale interpretazione imporrebbe necessariamente un Organismo di Vigilanza composto esclusivamente da membri interni all'ente, quando invece tale circostanza determinerebbe una diminuzione della indispensabile autonomia che deve caratterizzare l'Organismo stesso. La continuità di azione comporta che l'attività dell'OdV non debba limitarsi ad incontri periodici dei propri membri, ma essere organizzata in base ad un piano di attività ed alla conduzione costante di azioni di monitoraggio e di analisi del sistema dei controlli preventivi dell'ente, avvalendosi anche delle funzioni interne a ciò designate.

Ciascun membro dell'Organismo di Vigilanza eletto deve, al momento dell'accettazione dell'incarico, rilasciare formale dichiarazione di sussistenza, in capo alla propria persona, dei sopra indicati requisiti di onorabilità, autonomia e indipendenza.

Il CdA deve garantire autonomia e indipendenza all'Organismo di Vigilanza attraverso:

- il rispetto dei criteri di nomina sopra enunciati;
- l'attribuzione dei poteri che di seguito verranno elencati;
- l'approvazione annuale del *budget* di spesa;
- la dotazione di strumenti idonei per poter svolgere l'attività, anche avvalendosi, se del caso, di ausili specializzati esterni.

---

<sup>4</sup> La carica di componente dell'Organismo di vigilanza non può essere ricoperta da coloro che:

- a) sono stati sottoposti a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria, salvi gli effetti della riabilitazione
- b) sono stati condannati con sentenza passata in giudicato, salvi gli effetti della riabilitazione:

1) a pena detentiva per uno dei reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria;

2) a pena detentiva per uno dei reati previsti nel titolo XI del libro V del codice civile e nel R.D., 16 marzo 1942, n. 267;

3) alla reclusione per un tempo non inferiore a sei mesi per un delitto contro la p.a., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica;

4) alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per qualunque delitto non colposo;

5) per uno dei reati previsti come presupposto della responsabilità amministrativa dell'ente.

- c) le preclusioni di cui alla precedente lettera b) valgono altresì in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti di cui all'art. 444 c.p.p. salvo che sia intervenuta l'estinzione del reato.

È rimessa al CdA la responsabilità di valutare periodicamente l'adeguatezza dell'Organismo di Vigilanza, in termini di struttura organizzativa e di poteri conferiti, apportando, mediante delibera consiliare, tutte le modifiche e/o integrazioni ritenute necessarie. In particolare:

- i componenti dell'Organismo rimangono in carica tre anni, con possibilità di rinnovare il mandato per un solo triennio, con apposita delibera del CdA, che stabilisce, nella medesima seduta, il compenso loro spettante per gli incarichi assegnati;
- comporta decadenza dalla carica dei componenti dell'Organismo che vi hanno dato causa: la violazione delle disposizioni del modello attinenti all'obbligatorietà delle riunioni, alla effettuazione dei controlli periodici sulle procedure di fatturazione, alle audizioni del personale, e alle relative verbalizzazioni e regolare tenuta del libro dei verbali.
- I componenti dell'Organismo decadono, altresì, nel caso in cui dovessero venire a mancare i requisiti di onorabilità previsti per ricoprire la carica da questo paragrafo alla nota 4
- La decadenza dalla carica per una qualunque delle ragioni suddette comporta la non rieleggibilità del componente
- I membri dell'OdV devono comunicare tempestivamente al Presidente del CdA e agli altri componenti l'eventuale perdita dei requisiti.

L'Organismo di Vigilanza si intende decaduto se viene a mancare la maggioranza dei componenti. In tal caso, il CdA provvede a nominare, senza indugio, i nuovi membri, sulla base dei criteri di composizione sopra definiti; l'Organismo si intende, altresì, decaduto se la società incorre in sentenza di condanna per violazione del D. Lgs. 231/2001 a seguito di accertata inadeguatezza ovvero omissione dell'attività di vigilanza;

L'Organismo di Vigilanza o i suoi singoli membri non possono essere revocati dal CdA se non per giusta causa, accertata dal Consiglio in seduta congiunta con il Collegio Sindacale, cui partecipano anche gli altri membri dell'Organismo. Per giusta causa di revoca può anche intendersi, a titolo meramente esemplificativo:

- una grave negligenza nell'espletamento dei compiti assegnati;
- un' assenza ingiustificata per più di tre volte consecutive alle sedute dell'Organismo;
- l'interruzione del rapporto di lavoro, laddove il componente sia anche dipendente della società.

La rinuncia di uno o più membri può essere esercitata in qualsiasi momento tramite comunicazione al Presidente del CdA e agli altri componenti.

#### **4.3 Compenso e capacità di spesa**

Il compenso ai membri dell'Organismo di Vigilanza è fissato dal CdA.

L'Organismo deve essere dotato di autonoma capacità di spesa, sulla base del *budget* assegnatogli dal CdA con cadenza annuale su proposta dell'OdV stesso, commisurata con i compiti da svolgere; tale capacità potrà essere esercitata per le esigenze derivate dall'espletamento dei compiti assegnati ed ogniqualvolta l'Organismo decida di avvalersi di servizi o di professionisti esterni al fine di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento, nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni di cui al D. Lgs. 231/2001.

#### **4.4 Regole di funzionamento e convocazione**

L'Organismo di Vigilanza riferisce al CdA e, una volta costituito, provvede a dotarsi di proprie regole di organizzazione e funzionamento che integrano il presente Modello.

PSD assicura all'Organismo di Vigilanza l'uso, anche se non necessariamente esclusivo, di idonei locali per le riunioni, le audizioni, ed ogni altra attività ritenuta necessaria, garantendo che le funzioni dell' Organismo

di Vigilanza siano svolte con assoluta riservatezza. Assicura inoltre che all' Organismo di Vigilanza siano messi a disposizione per l'espletamento delle sue funzioni, idoneo personale di segreteria e i mezzi tecnici necessari.

L'Organismo si riunisce, su convocazione del suo Presidente o del Controllo Interno, con cadenza almeno trimestrale; se necessario, può programmare verifiche più frequenti (cfr. par. 4.4 e 4.6). Le formalità di convocazione potranno essere espletate mediante l'invio di un *fax* o di un messaggio di posta elettronica.

La convocazione, che va trasmessa anche all'Amministratore Delegato, deve indicare l'ordine del giorno, ovvero i temi su cui l'OdV è chiamato a pronunciarsi nel corso della riunione.

L'Organismo potrà essere convocato in qualsiasi momento dal CdA e dal Collegio Sindacale per riferire in merito al funzionamento del Modello o a situazioni specifiche.

Per la validità delle sedute è richiesto l'intervento della maggioranza dei membri in carica, anche a mezzo di videoconferenza o di altri mezzi di comunicazione a distanza. In caso di assenza o impedimento, il Presidente è sostituito dal componente dell'Organismo più anziano di età. Le decisioni vengono assunte a maggioranza dei presenti; in caso di parità, prevale il voto del Presidente o del membro più anziano.

Le funzioni di segretario sono esercitate da un componente interno all'OdV, salvo diversa disposizione. Il segretario redige il verbale di ciascuna seduta, che sottoscrive insieme al Presidente (anche in caso di riunione svolta per video conferenza o altri mezzi di comunicazione a distanza, in qual caso la firma sarà successiva).

Il segretario custodisce e aggiorna i libri e l'archivio dell'OdV. Salvo diversa disposizione risultante dal verbale, il Segretario cura il buon esito delle comunicazioni e delle operazioni che derivano dalle decisioni assunte dall'OdV.

Per un miglior coordinamento delle attività di vigilanza e per un più efficace scambio di informazioni, alle riunioni dell'Organismo, alle quali può essere presente la funzione di Controllo Interno, possono essere invitati anche l'AD, il DS e i responsabili delle Unità Operative, ed almeno una volta l'anno deve essere invitato il Collegio Sindacale e il Responsabile della Sicurezza.

Annualmente, in concomitanza con l'approvazione del bilancio sociale, l'Organismo di Vigilanza redige una Relazione che consegna al CdA e al Collegio Sindacale e che deve:

- (i) riepilogare l'attività svolta nel corso dell'esercizio e le eventuali criticità emerse,
- (ii) render conto del *budget* di spesa (cfr. par. 4.2),
- (iii) evidenziare le modifiche non strutturali apportate al Modello nel corso dell'esercizio.

Inoltre entro il mese di febbraio di ogni anno predisporre un sintetico estratto della relazione annuale attestante in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità (All.1 DGR Lombardia 4606 del 28/12/12) per un la trasmissione, all'ATS competente per territorio.

#### **4.5 Funzioni e poteri**

All'Organismo di Vigilanza è attribuito il compito di vigilare con autonomi poteri di controllo e iniziativa:

- a) sull'attività di diffusione del Modello all'interno della società e di informazione nei confronti dei soggetti esterni (fornitori, consulenti, collaboratori....). In particolare, l'OdV. deve:
  - a.1) promuovere idonee iniziative per la diffusione, l'informazione e la comprensione del Modello;
  - a.2) predisporre la documentazione organizzativa interna necessaria al funzionamento del Modello stesso, contenente istruzioni, chiarimenti o aggiornamenti;

- b) sull'attività di formazione sui contenuti del Decreto e del Modello nei confronti di tutto il personale dipendente e medico a contratto libero professionale della società, così come meglio descritto nel successivo capitolo 6. A tal fine, esso deve:
- b.1)** definire, insieme al *management*, **(i)** i programmi di formazione per il personale dipendente e medico e **(ii)** il contenuto delle comunicazioni periodiche agli Organi Sociali, al personale dipendente e medico e ai collaboratori esterni, finalizzate a fornire agli stessi la necessaria sensibilizzazione e le conoscenze di base della normativa di cui al Decreto;
  - b.2)** verificare la completa attuazione dei piani di formazione sul Decreto e sul Modello;
- c) sull'osservanza e sul funzionamento delle prescrizioni del Modello da parte dei suoi destinatari (organi sociali, personale dipendente, medici, collaboratori e qualsiasi altro soggetto che possa agire in nome e per conto della società). Più precisamente, esso deve:
- c.1)** attivare le procedure di controllo e verificare che le stesse siano adeguate e rispondenti alle esigenze di osservanza di quanto prescritto dal D. Lgs. 231/2001;
  - c.2)** disporre periodicamente verifiche su determinate operazioni, processi o atti specifici posti in essere nell'ambito delle aree di attività "sensibili";
  - c.3)** coordinarsi con le altre funzioni aziendali per il migliore monitoraggio delle attività "sensibili". A tal fine, l'Organismo di Vigilanza ha libero accesso a tutta la documentazione aziendale che ritiene rilevante; deve essere tenuto costantemente informato dagli Organi Sociali e dai responsabili delle unità operative sugli aspetti dell'attività aziendale che possono esporre la società al rischio di commissione dei reati;
  - c.4)** effettuare verifiche relative al grado di conoscenza acquisito dal personale dipendente e medico rispetto alle ipotesi di reato previste dal D. Lgs. 231/2001 e al Modello adottato, anche tramite interviste a campione;
  - c.5)** attivare indagini interne, anche con l'eventuale collaborazione delle strutture aziendali, per la raccolta, l'elaborazione e la conservazione delle informazioni rilevanti in ordine al rispetto del Modello e per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del Modello stesso;
  - c.6)** segnalare al responsabile dell'Ufficio Risorse Umane l'eventuale violazione accertata affinché vengano applicate le sanzioni previste dallo specifico sistema disciplinare;
  - c.7)** accertare, anche avvalendosi di funzioni aziendali competenti, l'applicazione abituale del modello attraverso il controllo di un significativo campione dei documenti sanitari ed amministrativi attinenti alle aree a rischio di reato
  - c.8)** controllo a campione sulle operazioni connesse alla fatturazione delle prestazioni effettuate, anche avvalendosi di funzioni aziendali competenti, il campione venga determinato mediante un criterio casuale, eventualmente basato sull'utilizzazione di un programma informatico ad hoc;
  - c.9)** qualora l' Organismo di Vigilanza accerti una violazione del modello suscettibile di integrare un'ipotesi di reato non ancora giunto a consumazione, ne darà immediata notizia all'Amministratore Delegato e al Collegio dei Sindaci e, se del caso, al Consiglio d'Amministrazione, affinché venga impedito il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento o ne vengano mitigati gli effetti o eventuali ulteriori conseguenze, onde ottenere l'esonero dalla responsabilità per il Policlinico San Donato, ai sensi dell'art. 26, comma 2, del d.lgs. n. 231;
  - c.10)** sentire e/o intervistare il personale durante le riunioni dell'OdV ordinarie o straordinarie per verificare se sia a conoscenza di violazioni o voglia formulare proposte operative;



- d) sulla reale efficacia ed adeguatezza del Modello in relazione alla struttura aziendale, ed alla effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati di cui al D.Lgs. 231/2001, nonché sull'opportunità di aggiornamento del Modello e delle relative procedure, laddove si riscontrino esigenze di adeguamento dello stesso in relazione a mutate condizioni aziendali e/o normative. A tal fine, l'Organismo deve:
- d.1)** svolgere ricognizioni dell'attività aziendale ai fini di un aggiornamento periodico della mappatura delle attività "a rischio reato" e dei relativi processi sensibili;
  - d.2)** esprimere periodicamente, sulla base delle risultanze emerse dalle attività di verifica e controllo, una valutazione sull'adeguatezza del Modello, rispetto alle prescrizioni del Decreto, nonché sull'operatività dello stesso (presentando apposita relazione al CdA);
  - d.3)** verificare periodicamente l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni/azioni correttive proposte;
  - d.4)** collaborare con le altre unità organizzative interessate, proponendo agli organi competenti (CdA) eventuali correzioni e adeguamenti.

Resta fermo che:

- l'Organismo di Vigilanza deve proporre procedimenti sanzionatori ogniqualvolta si riscontrino casi di violazione del Modello, delle Procedure o del Codice Etico (cfr. cap. 5);
- nell'espletamento della propria attività, l'Organismo di Vigilanza può assumere informazioni da qualsiasi struttura e/o persona della società, accedere a tutti i documenti aziendali ed avvalersi della funzione di Controllo Interno per effettuare accertamenti e verifiche presso qualunque unità organizzativa. Accertamenti in tal senso possono essere disposti anche con la collaborazione del Collegio Sindacale.

#### **4.6 I flussi informativi e le segnalazioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e le relazioni con gli organi sociali**

È compito dell'Organismo assicurare adeguati flussi informativi verso il CdA mediante la presentazione della Relazione Annuale, che dovrà contenere informazioni:

- sull'attività svolta e sulla gestione finanziaria del *budget* assegnato (cfr. par. 4.2 e 4.3), motivando gli eventuali scostamenti;
- in merito alle eventuali variazioni "non sostanziali" apportate al Modello e alle procedure che formano parte integrante dello stesso con la proposta delle eventuali modifiche sostanziali da attuare, previa specifica approvazione del CdA (cfr. par. 4.3);
- sulle segnalazioni ricevute nel corso dell'esercizio, suddividendole per ciascuna attività a rischio ed indicando le strutture coinvolte, unitamente ad una sintesi degli esiti;
- sull'eventuale presenza di violazioni del Modello e del Codice Etico accertate e sul buon funzionamento del sistema disciplinare e sanzionatorio;
- sull'adozione di un Programma annuale delle Verifiche ai sensi del D. Lgs. 231/2001, anche in base al piano di spesa per l'esercizio successivo (cfr. par. 4.2);

Gli incontri con gli Organi Sociali cui l'OdV riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali deve essere custodita dall'OdV e dagli organismi di volta in volta coinvolti.

Qualora l'OdV riferisca in un'occasione ove sia prevista la verbalizzazione nel libro dei verbali del Consiglio di Amministrazione, ovvero in quello del Collegio Sindacale, l'OdV non sarà tenuto a redigere verbale nel proprio libro delle riunioni, ma sarà archiviata a cura dell'OdV stesso una copia del verbale dell'Organo Sociale di riferimento.

Il Collegio Sindacale, il Responsabile del Controllo Interno, il Consiglio di Amministrazione, il Presidente del C.d.A. e l'Amministratore Delegato hanno la facoltà di convocare in qualsiasi momento l'OdV il quale, a sua volta, ha la facoltà di richiedere, attraverso le funzioni o i soggetti competenti, la formale convocazione dei predetti organi per motivi urgenti.

#### **4.7 I flussi informativi e le segnalazioni nei confronti dell'Organismo di Vigilanza**

L'Organismo di Vigilanza ha il compito di monitorare, anche per il tramite del Controllo Interno, le operazioni potenzialmente sensibili e di predisporre un efficace sistema di comunicazione interno per consentire la trasmissione e la raccolta di notizie rilevanti ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il quale prevede, all'art 6, comma 2, lettera d), al fine di favorire il corretto espletamento dei compiti ad esso assegnati, l'obbligo d'informazione verso l'OdV da parte dei Destinatari del Modello.

Le segnalazioni verso l'OdV possono riguardare tutte le violazioni del Modello, anche solo presunte, e fatti, ordinari e straordinari, rilevanti ai fini dell'attuazione e dell'efficacia dello stesso.

In particolare:

- *quanto agli obblighi di informativa relativi ad atti ufficiali*, devono essere trasmesse al Controllo Interno e all'Organismo di Vigilanza le informative concernenti:
  - a) la pendenza di un procedimento penale a carico dei dipendenti e le segnalazioni o le richieste di assistenza legale inoltrate dal personale in caso di avvio di procedimento giudiziario per uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001;
  - b) i rapporti preparati dai responsabili di altre funzioni aziendali e/o unità operative nell'ambito della loro attività di controllo dai quali possano emergere notizie relative all'effettiva attuazione del Modello, nonché fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D. Lgs. 231/2001;
  - c) le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e le eventuali sanzioni irrogate, in relazione a fattispecie previste dal D. Lgs. 231/2001, ovvero ai provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;
- *quanto alle segnalazioni di violazioni del Modello*

devono essere segnalate in forma scritta al Controllo Interno e all'Organismo di Vigilanza tutte le violazioni o sospette violazioni delle regole previste dal Modello.

Tale obbligo grava su tutti i soggetti (amministratori, sindaci, dipendenti, medici, collaboratori, consulenti esterni, fornitori ecc.) che, nello svolgimento della loro attività, vengano a conoscenza delle suddette violazioni.

Ciascuna segnalazione dovrà essere sufficientemente circostanziata e dovrà evidenziare tutte le informazioni necessarie e sufficienti ad identificare i termini della violazione, al fine di consentire all'Organismo di Vigilanza di attivarsi tempestivamente e in modo efficace nelle attività di indagine, anche per il tramite del Controllo Interno.

Le segnalazioni possono pervenire all'Organismo di Vigilanza sia in forma cartacea, sia in forma elettronica; a tal proposito, l'indirizzo di posta elettronica (protetto da *password* e conforme ai protocolli di tutela dei dati adottati da PSD) di riferimento dell'Organismo di Vigilanza dovrà essere divulgato a tutti i dirigenti, medici, dipendenti, collaboratori, consulenti e fornitori della società.

L'Organismo di Vigilanza dovrà valutare con tempestività le segnalazioni ricevute (anche avvalendosi del Controllo Interno) e gli eventuali provvedimenti che si rendessero necessari. L'eventuale decisione di non dar corso allo svolgimento di indagini interne dovrà essere motivata, documentata e conservata gli atti dell'Organismo stesso (cfr. par. 4.7). Le segnalazioni ricevute verranno protocollate come allegati ai verbali dell'OdV.

Compito dell'Organismo di Vigilanza è garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando anche la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della società o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede; il venir meno a tale obbligo rappresenta una grave violazione del Modello.

#### **4.8 Registro delle attività - Libro delle riunioni dell'Organismo di Vigilanza - Raccolta e conservazione delle informazioni**

L'Organismo di Vigilanza deve documentare le attività svolte con particolare riferimento alle:

- attività di formazione intraprese dalla società e relativi risultati, suddivisi per categoria come da piano formativo annuale;
- attività di verifica svolte, con indicazione della durata e motivazione della verifica, dell'attività sensibile e delle unità organizzative interessate, della sintesi della verifica, delle principali evidenze e degli eventuali suggerimenti;
- segnalazioni ricevute, suddivise per attività sensibile, con indicazione del numero di segnalazioni che hanno avuto seguito e delle strutture coinvolte;
- attività periodiche di aggiornamento del Modello e del Codice Etico, indicando i principali interventi eseguiti.

L'Organismo dovrà tenere un libro / dossier delle proprie riunioni e attività, ove, per ogni convocazione, dovranno essere riportate le seguenti informazioni:

- numero progressivo e anno di riferimento;
- data riunione;
- ordine del giorno;
- verbale della riunione, con evidenza delle principali decisioni assunte;
- eventuali documenti pervenuti, analizzati e allegati.

Ogni informazione, segnalazione, *report* previsto nel presente Modello (e nei suoi eventuali successivi aggiornamenti) deve essere custodito per un periodo di 10 anni nell'apposito *data base* (informatico e cartaceo) gestito dall'Organismo, ferma restando l'osservanza delle disposizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati personali e dei diritti che la legge garantisce a favore degli interessati.

Viene consentito l'accesso al *data base* ai membri del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio Sindacale.

Qualora le indagini riguardino membri dei suddetti organismi, l'accesso al suddetto *data base* deve essere autorizzato dal Consiglio d'Amministrazione.

## **5. IL SISTEMA DISCIPLINARE**

Il Modello costituisce un insieme di regole alle quali il personale deve attenersi, in materia di norme comportamentali e di sanzioni: ogni sua violazione, pertanto, comporta l'applicazione del procedimento disciplinare e delle relative sanzioni. Tutto il personale dipendente di ogni ordine e grado e legato alla Società da qualsiasi contratto di lavoro (full time o part time), con o senza vincolo di subordinazione (anche di natura parasubordinata) è tenuto al rispetto delle disposizioni contenute nel Modello.

La definizione di misure disciplinari, applicabili in caso di violazione delle regole previste dal Modello, rende efficiente l'azione svolta dall'Organismo di Vigilanza ed ha l'obiettivo di garantire l'efficacia del Modello stesso<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. e) e dell'art. 7, comma 4, lett. b) del D. Lgs. 231/2001, il sistema disciplinare costituisce un requisito essenziale del Modello ai fini di una possibile esclusione della responsabilità amministrativa della società.

L'applicazione del sistema disciplinare, al quale viene data ampia diffusione mediante pubblicazione sulla rete *intranet e internet* aziendale, affissione permanente sulla bacheca aziendale, mediante comunicazione a mezzo raccomandata A/R alla organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL presuppone la violazione del Modello e prescinde dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'Autorità Giudiziaria.

Il POLICLINICO deve procedere ad una graduazione delle sanzioni applicabili, con riferimento al differente grado di pericolosità e/o gravità che i comportamenti possono presentare rispetto alla commissione dei reati.

In particolare, la tipologia e l'entità della sanzione varieranno in funzione dei seguenti fattori:

- elemento soggettivo della condotta, a seconda, cioè, che quest'ultima sia stata contraddistinta da dolo, colpa, negligenza o imperizia;
- rilevanza oggettiva degli obblighi violati;
- livello di responsabilità gerarchica e/o tecnica ricoperto dall'autore del comportamento, oggetto di sanzione;
- eventuale condivisione di responsabilità con altri soggetti che abbiano concorso nella violazione delle regole previste dal Modello;
- presenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo alla professionalità, alle precedenti prestazioni lavorative, ai precedenti disciplinari, alle circostanze in cui è stato commesso il fatto;
- eventuale reiterazione delle condotte sanzionabili.

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 5, lettera b) e 7 del D. Lgs. 231/2001, le sanzioni previste nei successivi paragrafi verranno applicate, a seconda della gravità, nei confronti del personale del PSD che abbia posto in essere illeciti disciplinari derivanti da:

- mancato rispetto delle disposizioni previste dal Modello, dalle Procedure o dal Codice Etico;
- mancata diffusione ai dipendenti delle Procedure interne;
- mancato rispetto delle norme previste nell'ambito della normativa sulla Sicurezza sul Lavoro;
- mancata ed ingiustificata partecipazione agli incontri di formazione organizzati dalla società sul funzionamento del Modello e, in generale, sul Decreto Legislativo 231/01;
- mancato rispetto delle modalità di documentazione, di conservazione e controllo degli atti previsti dalle Procedure;
- omessa vigilanza dei superiori gerarchici sui propri sottoposti in merito alla applicazione del Modello;
- violazioni e/o elusioni del sistema di controllo poste in essere mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione prevista dalle Procedure ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza ed il Controllo Interno.

Nei confronti dei lavoratori dipendenti, il sistema disciplinare è applicato in conformità all'art. 7 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 (c.d. Statuto dei Lavoratori) ed ai vigenti CCNL di categoria. Qualora il fatto costituisca violazione anche di doveri derivanti dalla legge o dal rapporto di lavoro, tali da non consentire ulteriormente il proseguimento del rapporto di lavoro neppure in via provvisoria, potrà essere deciso il licenziamento senza preavviso, secondo l'art. 2119 c.c., fermo il rispetto del procedimento disciplinare.

Ferma restando la discrezionalità del titolare del potere disciplinare, si applicano, a titolo esemplificativo:

- per la violazione, anche con condotte omissive e in eventuale concorso con altri, dei principi del Modello o degli Strumenti di attuazione del Modello, la sanzione del richiamo;

- per la redazione, eventualmente in concorso con altri, di documentazione non veritiera e l'agevolazione, mediante condotta omissiva, della redazione da parte di altri, di documentazione non veritiera, la sanzione pecuniaria;
- per la sottrazione, la distruzione o l'alterazione di documentazione per sottrarsi al sistema dei controlli previsto dal Modello, l'ostacolo alla attività di vigilanza dell'OdV, l'impedimento all'accesso alle informazioni e alla documentazione richiesta dai soggetti preposti ai controlli delle procedure e delle decisioni e la realizzazione di qualsiasi altra condotta idonea a eludere il sistema di controllo previsto dal Modello, la sanzione della sospensione dalla mansione o dall'incarico e dalla retribuzione.

Nel caso di reiterazione di violazioni, ovvero di violazioni di particolare gravità, o che hanno esposto la Società al pericolo di conseguenze pregiudizievoli, si applica una sanzione di maggiore gravità rispetto a quella prevista per la violazione commessa o, nei casi più gravi, il licenziamento.

Il presente Modello è parte integrante della normativa aziendale. Eventuali violazioni sostanziali delle singole regole di comportamento contenute nel Modello e delle correlate procedure aziendali, costituiscono **(a)** inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro, **(b)** illecito disciplinare, nonché **(c)** fatto pregiudizievole al riconoscimento di eventuali parti variabili della retribuzione e/o *bonus* e/o incentivi e saranno regolate come di seguito specificato.

Il Policlinico, ricevuta la comunicazione da parte dell'Organismo di Vigilanza sul sospetto di violazione del Modello, deve avviare immediatamente il procedimento disciplinare e, se questa sarà accertata, irrogare la sanzione.

### **5.1 Misure nei confronti degli Amministratori e dei Sindaci**

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o relative Procedure Operative da parte degli Amministratori o dei Sindaci della Società, l'Organismo di Vigilanza informerà immediatamente l'intero Consiglio d'Amministrazione ed il Collegio Sindacale mediante relazione scritta, i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative e provvedimenti, anche ai sensi della vigente normativa societaria.

In casi di gravi violazioni da parte di un amministratore, non giustificate e/o non ratificate dal Consiglio di Amministrazione, tali da ledere il rapporto di fiducia con la Società, il fatto potrà considerarsi giusta causa per la revoca dello stesso.

Se del caso, la Società agirà per il risarcimento del danno.

In caso di inerzia degli Organi competenti, sarà compito dell'Organismo di Vigilanza richiedere l'intervento dell'assemblea dei soci.

### **5.2 Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza**

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o relative Procedure, da parte dei membri dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione, su segnalazione dell'Organismo stesso o del Controllo Interno e sentito il Collegio Sindacale, provvederà a rimuovere i membri coinvolti dal loro incarico e a sostituirli tempestivamente.

### **5.3 Misure nei confronti dei dipendenti inquadrati nella categoria dei dirigenti**

In caso di segnalazione di violazione, commessa da dirigenti, delle procedure previste dal Modello o di adozione, nell'espletamento delle attività sensibili, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, l'Organismo di Vigilanza deve attivare tutte le procedure volte ad accertare la fondatezza della segnalazione.

In particolare, l'Organismo di Vigilanza deve darne comunicazione al titolare del potere disciplinare ed al Consiglio di Amministrazione, nella persona del Presidente o dell'Amministratore Delegato, mediante relazione scritta. I destinatari della comunicazione avviano i procedimenti di loro competenza al fine di avviare le contestazioni ed eventualmente comminare le sanzioni previste dalla legge e dal CCNL applicabile, unitamente all'eventuale revoca di procure o deleghe.

Nei confronti dei dirigenti l'accertamento della violazione può dar luogo all'applicazione delle misure e dei provvedimenti ritenuti più idonei nel rispetto delle disposizioni di legge, di contratto e aziendali che regolano la materia, in relazione alla gravità della violazione e dell'eventuale reiterazione, nonché in considerazione del particolare vincolo fiduciario che caratterizza il rapporto tra l'azienda e il dirigente stesso.

In caso di effettivo accertamento della violazione, verranno applicate le sanzioni di seguito indicate, in proporzione ai seguenti aspetti:

- gravità delle infrazioni accertate;
- livello di responsabilità e autonomia del dirigente;
- eventuale reiterazione dei comportamenti non conformi;
- intenzionalità del comportamento;
- livello di rischio cui la società può ragionevolmente ritenersi esposta a seguito della condotta irregolare accertata.

a) **Diffida** - nel caso di:

- inosservanza non grave di quanto stabilito dalle procedure interne previste dal Modello o adozione di un comportamento negligente non conforme alle prescrizioni del Modello stesso;
- omessa segnalazione o tolleranza, da parte dei propositi, di irregolarità commesse da altri dipendenti.

Oltre all'eventuale risarcimento del danno cui il Dirigente potrà essere tenuto, potranno essere applicate in aggiunta sanzioni patrimoniali, in relazione alla gravità delle inosservanze e/o delle omesse segnalazioni e tolleranze.

b) **Licenziamento** ex art. 2118 c.c. - nel caso di:

- grave inosservanza di quanto stabilito dalle procedure interne previste dal Modello o gravi negligenze rispetto alle prescrizioni del Modello stesso;
- omessa segnalazione o tolleranza di gravi irregolarità commesse da altri dipendenti;
- violazione delle prescrizioni del Modello con un comportamento tale da configurare una possibile ipotesi di reato sanzionato dal D.Lgs 231/2001 di una gravità tale da esporre la società ad una situazione oggettiva di pericolo o tale da determinare riflessi negativi per la società stessa, intendendosi in tal modo un inadempimento notevole degli obblighi cui il lavoratore è tenuto nello svolgimento del proprio rapporto di lavoro.

**Licenziamento per giusta causa** - nel caso di:

- adozione di un comportamento in palese grave violazione alle prescrizioni del Modello e tale da determinare la possibile concreta applicazione a carico della società delle misure previste dal D. Lgs. 231/2001, riconducibile a mancanze di gravità tale da far venir meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso.

In attesa di deliberare la definitiva sanzione disciplinare, la società può disporre l'allontanamento temporaneo del dirigente dal servizio per il tempo strettamente necessario a svolgere tutti gli accertamenti richiesti.

Per quanto riguarda l'accertamento e la valutazione delle infrazioni e la conseguente irrogazione delle sanzioni, restano invariati i poteri già conferiti, nei limiti della rispettiva competenza, agli organi sociali e funzioni aziendali per i procedimenti disciplinari ordinari.

Sono in questa sede richiamate tutte le disposizioni, previste dalla legge e dai Contratti Collettivi applicati, relativi alle procedure e agli obblighi da osservare nell'applicazione delle sanzioni.

#### **5.4 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati**

Con riguardo ai Dipendenti non dirigenti occorre rispettare i limiti connessi al potere sanzionatorio imposti dall'articolo 7 della legge n. 300/1970 (c.d. "Statuto dei lavoratori") e dai CCNL, sia per quanto riguarda le sanzioni applicabili (che in linea di principio risultano "tipizzate" in relazione al collegamento con specificati indebiti disciplinari) sia per quanto riguarda la forma di esercizio di tale potere.

Il PSD ritiene che il Sistema Disciplinare correntemente applicato al proprio interno, in linea con le previsioni di cui al vigente CCNL, sia munito dei prescritti requisiti di efficacia e deterrenza.

Il mancato rispetto e/o la violazione dei principi generali del Modello, del Codice Etico e delle Procedure Operative, ad opera di Dipendenti non dirigenti della Società, costituiscono quindi inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro e illecito disciplinare.

Con riferimento alle sanzioni applicabili, si precisa che esse saranno adottate nel pieno rispetto delle procedure previste dalle normative collettive nazionali ed aziendali applicabili al rapporto di lavoro. In particolare, per il personale dipendente non dirigente, saranno applicate le sanzioni di cui all'art. 30 (richiamo verbale; ammonizione scritta; multa fino a un massimo di 3 ore di retribuzione; sospensione fino a un massimo di 3 giorni; licenziamento) del CCNL, nei seguenti termini.

##### **a) Richiamo verbale**

- Lieve inosservanza delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale, delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- Tolleranza di lievi inosservanze o irregolarità commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle Procedure Aziendali e del sistema dei controlli interni.

Si ha "**lieve inosservanza**" nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo o colpa grave e non abbiano generato rischi di sanzioni o danni per la Società.

##### **b) Richiamo scritto**

- Inosservanza colposa delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- Tolleranza di inosservanze colpose commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle Procedure Aziendali e del sistema dei controlli interni.
- Mancato adempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.
- Reiterazione dei comportamenti rappresentanti "*lieve inosservanza*".

Si ha "**inosservanza colposa**" nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo e/o non abbiano generato potenziali rischi di sanzioni o danni per la Società.

##### **c) Multa**

Violazione colposa riguardante una procedura relativa alle aree/attività a rischio commissione reati i sensi del D.Lgs. 231/01, tale da compromettere l'efficacia generale del Modello a prevenire gli specifici reati presupposto.

L'applicazione della multa, che dovrà essere d'importo non superiore a quattro ore della retribuzione base, dovrà avvenire nel rispetto dei limiti previsti dal CCNL di categoria.

**d) Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni**

- Inosservanza ripetuta o grave delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure previste dal Modello.
- Omessa segnalazione o tolleranza di inosservanze gravi commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, del Codice Etico e delle Procedure Aziendali.
- Ripetuto inadempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.

**e) Sospensione dal servizio con mantenimento del trattamento economico per lavoratori sottoposti a procedimento penale ex D. Lgs. 231/2001**

Nei confronti di lavoratori/lavoratrici sottoposti ad indagini preliminari ovvero sottoposti ad azione penale per un Reato, la Società può disporre, in ogni fase del procedimento penale in atto, l'allontanamento dal servizio del soggetto interessato per motivi cautelari.

L'allontanamento dal servizio deve essere reso noto per iscritto al lavoratore/lavoratrice interessato e può essere mantenuto dalla Società per il tempo dalla medesima ritenuto necessario ma non oltre il momento in cui sia divenuta irrevocabile la decisione del giudice penale.

Il lavoratore/lavoratrice allontanato dal servizio conserva per il periodo relativo il diritto all'intero trattamento economico ed il periodo stesso è considerato servizio attivo per ogni altro effetto previsto dal CCNL.

**f) Licenziamento per giusta causa ( ex art. 2119 cod.civ. )**

Notevole violazione (dolosa o con colpa grave) delle norme di comportamento previste dal Modello, dal Codice Etico e dalle relative Procedure aziendali, tali da provocare grave nocumento morale o materiale alla Società e tali da non consentire la prosecuzione del rapporto neppure in via temporanea, quale l'adozione di comportamenti che integrano uno o più fatti illeciti che rappresentino presupposti dei Reati, ovvero a titolo di esempio:

- f1) Infrazione dolosa delle norme aziendali emanate ai sensi del D. Lgs. 231/2001 di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi penali o pecuniari o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.
- f2) Compimento doloso di atti non dovuti od omissione di atti dovuti ai sensi del Modello o delle relative Procedure, che abbia causato, al termine di un processo giudiziario, la condanna della Società a pene pecuniarie e/o interdittive per aver compiuto i reati previsti dal D. Lgs. 231/2001.
- f3) Infrazione dolosa di Procedure Aziendali e/o del sistema dei controlli interni di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi tecnico organizzativi, legali, economici o reputazionali o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.

**5.5 Misure nei confronti dei medici**

Particolare rilievo assume, all'interno delle strutture organizzative di ospedalità privata, la figura del medico libero professionista che presta la propria opera professionale all'interno del POLICLINICO di cura, in ragione di un contratto di incarico libero professionale.

I contratti di incarico libero professionale attualmente sottoscritti tra il PSD e i medici prevedono l'assunzione di responsabilità da parte del medico contraente in merito all'assoluta osservanza dei principi contenuti nel Codice Etico e nel Modello di Organizzazione e Controllo ex D.Lgs.231/01 adottati dal PSD, nonché delle Procedure previste dal Modello stesso.



L'osservanza, da parte del medico libero professionista, dei principi e delle procedure contenute nel Modello nell'espletamento dell'incarico lui assegnato rappresenta una delle condizioni indispensabili ai fini dell'erogazione dell'eventuale componente variabile della remunerazione stabilita per lo stesso, come previsto dall'art. 8 del contratto.

La decurtazione della parte variabile della remunerazione del medico verrà effettuata a seguito del ricevimento da parte di quest'ultimo di un richiamo scritto da parte del Direttore Sanitario del POLICLINICO che presuppone una violazione colposa del Modello.

La grave negligenza nel rispetto dei principi e delle procedure contenuti nel Modello e la recidiva commissione di infrazioni individua, invece, una clausola risolutiva del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., come previsto all'art. 10 dello stesso, fatta salva, in ogni caso, la facoltà di richiesta di risarcimento da parte del POLICLINICO qualora le suddette violazioni possano arrecare ad esso danni concreti.

## **5.6 Misure nei confronti dei collaboratori esterni**

La violazione del Modello da parte di collaboratori esterni della società può determinare, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole contrattuali contenute nelle lettere di incarico o negli accordi di convenzione, la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 c.c., fatta salva la facoltà di richiesta del risarcimento qualora le suddette violazioni possano arrecare danni concreti alla società.

Conseguentemente, in tutti i rapporti nei confronti di tali soggetti devono prevedersi, laddove possibile, specifiche clausole risolutive all'interno dei contratti di fornitura e collaborazione o lettere di incarico, nonché clausole di risarcimento del danno e manleva.

A tal fine, il Modello e il Codice Etico dovranno essere consegnati a tutti i collaboratori esterni della società, con apposita accompagnatoria firmata per ricevuta e presa d'atto.

## **5.7 Misure nei confronti dei fornitori e terze parti**

Le prestazioni di beni, lavori o servizi, che possano riguardare attività sensibili, da parte di terzi (ad es. altre società, Consulenti, Partner, ecc.), devono essere disciplinate sotto forma di contratto scritto.

Il contratto deve prevedere, in capo alla controparte contrattuale della Società:

- l'obbligo di attestare la veridicità e la completezza della documentazione prodotta e delle informazioni comunicate al POLICLINICO in forza di obblighi di legge;
- l'impegno a rispettare, durante la vigenza del contratto, i principi ispiratori del Modello e del Codice Etico, nonché le disposizioni del D.Lgs. 231/2001 e ad operare in linea con essi;
- l'obbligo di ottemperare ad eventuali richieste di informazioni, dati o notizie da parte dell'OdV del POLICLINICO.

Il contratto deve inoltre prevedere la facoltà per il POLICLINICO di procedere all'applicazione di forme di tutela (ad es. risoluzione del contratto, applicazione di penali, ecc.), laddove sia ravvisata una violazione dei punti precedenti.

I rapporti con terze parti sono dunque regolati da adeguati contratti che devono prevedono clausole di rispetto dei principi fondamentali del Modello e del Etico da parte di tali soggetti esterni. In particolare, il mancato rispetto degli stessi può comportare la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale per giusta causa, ai sensi dell'art. 1456 c.c., dei medesimi rapporti, fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni per il Policlinico.

I rapporti con terze parti sono regolati da adeguati contratti che devono prevedono clausole di rispetto dei principi fondamentali del Modello e del Etico da parte di tali soggetti esterni. In particolare, il mancato rispetto degli stessi può comportare la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale per giusta causa, ai

sensi dell'art. 1456 c.c., dei medesimi rapporti, fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni per la Società

## **6. REGOLE DI COMPORTAMENTO E CODICE ETICO**

Il Policlinico ha adottato un proprio Codice Etico, approvato dal Consiglio di Amministrazione per formalizzare i valori etici fondamentali ai quali si ispira ed ai quali i destinatari dello stesso si devono attenere nello svolgimento dei compiti e delle funzioni loro affidate.

L'osservanza delle norme in esso contenute deve considerarsi parte essenziale delle obbligazioni contrattuali dei destinatari del Codice medesimo. Le regole di condotta e il Codice Etico costituiscono parte integrante del presente Modello e della normativa aziendale.

Il Modello presuppone il rispetto di quanto previsto nel Codice Etico, formando con esso un corpus di norme interne finalizzate alla diffusione di una cultura improntata all'etica ed alla trasparenza aziendale.

Il Codice Etico della Società, in tutte le sue future riformulazioni, è suscettibile di modifiche e/o integrazioni in ragione dell'evoluzione delle norme di legge e delle mutate esigenze aziendali. Si intende qui integralmente richiamato e costituisce il fondamento essenziale del Modello, le cui disposizioni si integrano con quanto in esso previsto. Le regole di condotta e il codice Etico devono ritenersi vincolanti per i comportamenti posti in essere da tutti i destinatari del Modello e sono suscettibili di modifiche e/o integrazioni in ragione dell'evoluzione delle norme di legge e delle mutate esigenze aziendali.

## **7. DIFFUSIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO**

Ai fini dell'efficacia del presente Modello deve essere svolta un'adeguata attività di diffusione, informazione e formazione nei confronti di tutto il personale della società, per favorire la conoscenza di quanto previsto dal Decreto 231/2001 e dal Modello adottato nelle sue diverse componenti (mappatura delle aree/attività a rischio di reato, normativa e/o procedure che regolamentano le attività sensibili, Organismo di Vigilanza, flussi informativi e segnalazioni da parte e all'Organismo di Vigilanza, sistema disciplinare, Codice Etico, ecc.).

### **7.1 Diffusione e Informazione sul Modello**

Al Modello sarà garantita la massima diffusione e pubblicità mediante la pubblicazione della Parte Generale dello stesso e del Codice Etico sul sito *Internet* del POLICLINICO.

Tutto il personale deve essere informato sul contenuto del Decreto 231/2001 e del Modello tramite:

- circolari e comunicazioni interne;
- notifica a mano (con registro firmato per ricevuta) a tutti coloro che operano nella struttura;
- pubblicazione sulla rete Internet Aziendale con area specificamente dedicata al D.Lgs. 231/2001, dove dovrà essere di immediata consultazione anche il presente Modello.

I documenti presenti in tale spazio devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni delle normative esterne e del Modello stesso.

La componente del Modello relativa al Sistema Disciplinare e Sanzionatorio dovrà inoltre essere esposta nelle bacheche aziendali, così come previsto dall'art 7 dello Statuto dei Lavoratori, Legge 20 Maggio 1970, n. 300.

Alle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL verrà inviata copia del Modello tramite raccomandata A.R.

Ai nuovi assunti deve essere consegnato un *set* informativo, con il quale assicurare loro le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tale *set* informativo deve contenere, oltre ai documenti di norma consegnati al neo-assunto, il Codice Etico, il Modello e il D. Lgs. 231/2001. I dipendenti sono tenuti a rilasciare

al PSD una dichiarazione sottoscritta, ove si attesti la ricezione del set informativo nonché l'impegno ad osservarne le prescrizioni.

Il Medico libero professionista è tenuto a rilasciare al PSD dichiarazione sottoscritta dell'avvenuta ricezione del Modello, del Codice etico e delle Procedure e dell'impegno alla completa osservanza, nell'espletamento delle proprie funzioni, delle norme e dei principi in essi contenute.

È, inoltre, necessario prevedere analogia informativa e pubblicità del Modello per i collaboratori esterni (ad esempio, consulenti), nonché per i collaboratori a contratto, cosiddetti parasubordinati, e *outsourcer*, secondo modalità differenziate, in relazione alla possibilità di accesso alla normativa aziendale, piuttosto che attraverso consegna cartacea del Modello e del Codice Etico (con ricevuta di presa visione) ed eventualmente distinguendo, in relazione alla tipologia di rapporto contrattuale e alla tipologia di attività svolta in relazione ai rischi di reato presupposto del D. Lgs. 231/2001.

## **7.2 Formazione sul Modello**

La comunicazione verso l'esterno del Modello e dei suoi principi ispiratori, su indicazione dell'OdV, è curata dall'Ufficio Comunicazione che garantisce, attraverso i mezzi ritenuti più opportuni (ad es. sito internet aziendale, apposite brochure, ecc.) la loro diffusione e conoscenza ai destinatari esterni alla Società, oltre che alla comunità in generale.

Il Modello è diffuso, anche in formato elettronico, a tutte le risorse aziendali tramite apposita comunicazione ufficiale del Presidente o dell'Amministratore Delegato della Società. Ai nuovi assunti è consegnato un set informativo, costituito dal Codice Etico e dal Modello, con il quale assicurare agli stessi le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tutte le successive modifiche ed informazioni concernenti il Modello sono comunicate alle risorse aziendali attraverso i canali informativi ufficiali. Una copia del Modello e del Codice è affissa alle bacheche aziendali.

La formazione del personale aziendale relativa al Modello è affidata operativamente all'Ufficio Formazione che, coordinandosi con l'Organismo di Vigilanza della Società, garantisce, attraverso i mezzi ritenuti più opportuni, la sua diffusione e la conoscenza effettiva a tutti i destinatari.

Al fine di garantire l'effettiva conoscenza del Modello, una volta che è stato diffuso e consegnato, e sensibilizzare il personale sul rispetto della normativa e sull'osservanza dei principi e delle procedure in esso contenute, devono essere previste specifiche attività formative definite all'interno di apposito e organico piano formativo. Tale Piano dovrà essere articolato attraverso specifiche attività (ad esempio, corsi, seminari, ecc...) a cui è posto l'obbligo di partecipazione. Tali iniziative dovranno essere differenziate, in relazione ai contenuti e alle modalità di diffusione, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dell'avere o meno funzioni di rappresentanza della società, a seconda che la stessa si rivolga agli Amministratori, ai Dipendenti nella loro generalità, ai Dipendenti che operino in specifiche aree di rischio, ecc., sulla base dell'analisi delle competenze e dei bisogni formativi elaborata dall'OdV con il supporto della Direzione del Personale.

La formazione del personale è obbligatoria per tutti i destinatari ed è gestita dalla Direzione del Personale in stretta cooperazione con l'Organismo di Vigilanza, che si adopera affinché i programmi di formazione siano efficacemente erogati.

La Società garantisce la predisposizione di mezzi e modalità che assicurino sempre la tracciabilità delle iniziative di formazione e la formalizzazione delle presenze dei partecipanti, la possibilità di valutazione del loro livello di apprendimento e la valutazione del loro livello di gradimento del corso, al fine di sviluppare nuove iniziative di formazione e migliorare quelle attualmente in corso, anche attraverso commenti e suggerimenti su contenuti, materiale, docenti, ecc.

La formazione, che può svolgersi anche a distanza o mediante l'utilizzo di sistemi informatici, e i cui contenuti sono vagliati dall'Organismo di Vigilanza, è operata da esperti nelle discipline dettate dal Decreto. La partecipazione alle attività di formazione previste dal suddetto Piano rappresenta una condizione essenziale non solo a garanzia dell'effettiva attuazione del Modello, ma anche ai fini della corretta osservanza dello stesso, anche in relazione a quanto previsto dal sistema sanzionatorio (di cui al capitolo 5 del presente Modello).

Per quanto riguarda il personale medico a contratto libero professionale, essa costituisce inoltre uno dei parametri qualitativi per l'erogazione della parte variabile della retribuzione.

La formazione è obbligatoria per tutti i livelli aziendali. Deve essere rilevata attestazione di frequenza dei corsi.

È compito dell'Organismo di Vigilanza pianificare adeguatamente, con la funzione aziendale preposta, l'attività di formazione dei dipendenti, dei medici liberi professionisti e del *management* del PSD sui contenuti del Codice Etico, del Modello e delle relative procedure operative, sulle modalità di attuazione ad esse relative, sul livello di rischio di ogni singola area aziendale e sul sistema sanzionatorio previsto in caso di mancata osservanza dei suddetti documenti di *governance* aziendali.

La formazione ed i relativi contenuti devono essere articolati secondo moduli distinti per **destinatari** in relazione al livello e ruolo organizzativo:

- per **responsabilità** (dirigenti, medici, responsabili di struttura organizzativa, risorse con deleghe specifiche, altri dipendenti), anche da erogare secondo una logica "*a cascata*", al fine di garantire adeguato e pervasivo processo di trasmissione della conoscenza;
- per **ruolo professionale** in relazione alle attività svolte, con particolare riguardo ai ruoli che svolgono attività specifiche o "sensibili" ai sensi del D. Lgs. 231/2001 (componenti dell'Organismo di Vigilanza e collaboratori, ruoli di controllo interno, controllo dei rischi operativi, ecc.);
- **neoassunti e nuovi incarichi**: particolare attenzione deve essere dedicata sia ai nuovi assunti (deve essere previsto modulo formativo in materia da includere nel set formativo iniziale obbligatorio), sia al personale destinato a ricoprire nuovi incarichi/ruoli, in particolare se relativi a ruoli/attività specifiche o "sensibili".

La formazione deve prevedere i seguenti contenuti:

- una **parte comune** per tutti i destinatari, avente ad oggetto la normativa di riferimento, il Modello e il suo funzionamento;
- una **parte speciale**, con riferimento a specifici e ben determinati ambiti operativi. Essa deve essere finalizzata a diffondere la conoscenza dei reati, le fattispecie configurabili e i presidi specifici delle aree di competenza dei singoli operatori.

I contenuti formativi devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni della normativa e del Modello; nel caso di aggiornamento significativo della normativa di riferimento, la formazione deve prevedere le necessarie integrazioni.

È compito dell'Organismo di Vigilanza verificare la completa attuazione del piano di formazione, raccogliere le evidenze relative all'effettiva partecipazione ai corsi e conservarle negli appositi archivi, nonché effettuare controlli periodici sul grado di conoscenza da parte dei dipendenti del D. Lgs. 231/2001, del Modello e delle procedure aziendali.

## **PARTE SPECIALE**

### **1. INTRODUZIONE**

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6, comma 1, lett. a) del Decreto, il Policlinico, attraverso un processo di mappatura delle attività e di valutazione dei rischi e dei controlli esistenti nell'ambito del contesto aziendale (*risk self assessment*), ha identificato le attività sensibili (suddivise per tipologia di reato ed elencate nelle Sezioni successive), nell'ambito delle quali possano essere potenzialmente commessi reati tra quelli previsti dal Decreto.

Al fine di prevenire o di mitigare il rischio di commissione di tali reati, il Policlinico ha conseguentemente formulato dei principi generali di comportamento e dei protocolli generali di prevenzione, applicabili a tutte le attività sensibili, e dei protocolli specifici di prevenzione, per ciascuna delle attività a rischio identificate.

### **2. PRINCIPI GENERALI DI COMPORTAMENTO**

Tutti i destinatari del Modello, così come individuati nella Parte Generale, adottano regole di condotta conformi alla legge, alle disposizioni contenute nel presente documento, ai principi contenuti nel Codice Etico e negli Strumenti di attuazione del Modello, al fine di prevenire il verificarsi di reati previsti dal Decreto.

In particolare, costituiscono presupposto e parte integrante dei protocolli generali di prevenzione di cui al successivo paragrafo 3, i principi individuati nel Codice Etico, che qui si intende integralmente richiamato, riferiti alle varie tipologie di destinatari e/o controparti.

Ai fini dell'adozione e dell'attuazione del modello di organizzazione, gestione e controllo, il Policlinico attua inoltre i protocolli di seguito indicati.

### **3. PROTOCOLLI GENERALI DI PREVENZIONE**

Nell'ambito di tutte le operazioni che concernono le attività sensibili, di cui alle successive Sezioni, si attuano i seguenti protocolli generali di prevenzione:

**3.1.** sono legittimati a svolgere le attività sensibili solo i soggetti che siano stati preventivamente identificati mediante deleghe, procure, organigrammi, *job description*, procedure o eventuali disposizioni organizzative;

**3.2** sono legittimati a trattare e a relazionarsi con la Pubblica Amministrazione solo soggetti che siano stati previamente identificati a tale scopo;

**3.3** il sistema di deleghe e poteri di firma verso l'esterno è coerente con le responsabilità assegnate a ciascun soggetto e la conoscenza di tali poteri da parte dei soggetti esterni è garantita da strumenti di comunicazione e di pubblicità adeguati;

**3.4** la formazione e l'attuazione delle decisioni del Policlinico rispondono ai principi e alle prescrizioni contenute nelle disposizioni di legge, nello Statuto, nel Codice Etico e negli Strumenti di attuazione del Modello;

**3.5** sono formalizzate le responsabilità di gestione, coordinamento e controllo in seno al Policlinico;

**3.6** sono formalizzati i livelli di dipendenza gerarchica e funzionale e sono descritte le diverse mansioni presenti in seno al Policlinico;

**3.7** le fasi di formazione e i livelli autorizzativi degli atti del Policlinico sono sempre documentati e ricostruibili;

**3.8** l'assegnazione e l'esercizio dei poteri nell'ambito di un processo decisionale sono congruenti con le posizioni di responsabilità e con la rilevanza e/o la criticità delle sottostanti operazioni economiche;

**3.9** non vi è identità soggettiva fra coloro che assumono o attuano le decisioni, coloro che devono darne evidenza contabile e coloro che sono tenuti a svolgere sulle stesse i controlli previsti dalla legge e dalle procedure contemplate dal sistema di controllo interno;

**3.10** per tutte le attività sensibili sono implementati ed attuati specifici presidi di controllo ed è individuato, quale Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione, salvo diversa indicazione, il Responsabile della Funzione competente per la gestione dell'operazione a rischio considerata. Il Responsabile interno:

3.10.1 può chiedere informazioni e chiarimenti a tutte le Funzioni aziendali o ai singoli soggetti che si occupano o si sono occupati dell'operazione a rischio;

3.10.2 informa tempestivamente l'Organismo di Vigilanza di qualunque criticità;

3.10.3 può interpellare l'Organismo di Vigilanza in tutti i casi di inefficacia, inadeguatezza o difficoltà di attuazione dei protocolli di prevenzione o delle procedure operative di attuazione degli stessi o al fine di ottenere chiarimenti in merito agli obiettivi e alle modalità di prevenzione previste dal Modello;

**3.11** l'accesso ai dati del Policlinico è conforme al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni o integrazioni, anche regolamentari;

**3.12** i documenti riguardanti la formazione delle decisioni e l'attuazione delle stesse sono archiviati e conservati a cura della Funzione competente. L'accesso ai documenti già archiviati è consentito solo alle persone autorizzate in base alle procedure operative aziendali, nonché al Collegio Sindacale, al Policlinico di revisione e all'Organismo di Vigilanza e alla Direzione *Internal Audit*;

**3.13** la scelta di eventuali consulenti esterni è motivata e avviene sulla base di requisiti di professionalità, indipendenza e competenza;

**3.14** i sistemi premianti ai Dipendenti rispondono ad obiettivi realistici e coerenti con le mansioni, con le attività svolte e con le responsabilità affidate e tengono conto di come le *performance* sono conseguite;

**3.15** i flussi finanziari del Policlinico, sia in entrata sia in uscita, sono costantemente monitorati e sempre tracciabili;

**3.16** tutte le forme di liberalità finalizzate a promuovere l'immagine e l'attività del Policlinico devono essere autorizzate, giustificate e documentate;

**3.17** l'Organismo di Vigilanza verifica che le procedure operative aziendali che disciplinano le attività sensibili, e che costituiscono parte integrante del Modello, diano piena attuazione ai principi e alle prescrizioni contenuti nella presente Parte Speciale, e che le stesse siano costantemente aggiornate, anche su proposta dell'Organismo stesso, al fine di garantire il raggiungimento delle finalità del presente documento.

#### **4. ATTIVITÀ STRUMENTALI ALLA COMMISSIONE DEI REATI E PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE**

Il Policlinico, inoltre, ha individuato le attività strumentali alla commissione dei reati, cioè le attività nelle quali sussiste non – o non solo – la possibilità di commissione di alcuni dei reati previsti dal Decreto, ma tramite le quali possono essere create provviste di denaro (o di altre utilità) finalizzate alla commissione dei reati stessi (ad es. per finalità di corruzione o di finanziamento di associazioni criminose).

Alcune delle attività sensibili sono state individuate dal Policlinico anche come strumentali alla commissione di reati; tali attività sono disciplinate nelle Sezioni della presente Parte Speciale relative ai reati per i quali le stesse sono state identificate come sensibili.

Nel presente paragrafo sono invece disciplinate le attività che il Policlinico ha individuato come esclusivamente strumentali alla commissione di alcuni dei reati previsti dal Decreto. Tali attività sono le seguenti:

- a gestione delle note spese;
- b gestione casse accettazione;
- c gestione delle retribuzioni e del sistema incentivante e delle partecipazioni.

A tali attività, oltre ai principi generali di comportamento e ai protocolli generali di prevenzione di cui ai paragrafi precedenti, si applicano i protocolli specifici di prevenzione che seguono.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle note spese**, i protocolli prevedono che:

- a1 il rimborso delle spese sostenute debba essere richiesto attraverso la compilazione di modulistica specifica e solo se supportate da giustificativi fiscalmente validi;
- a2 sia individuato, secondo i livelli gerarchici presenti in azienda, il responsabile che autorizza ex ante o ex post le note spese ai soggetti richiedenti;
- a3 le note spese siano gestite secondo le modalità comunicate a tutto il personale, in termini di rispetto dei massimali di spesa, delle finalità delle spese sostenute, della modulistica, dei livelli autorizzativi richiesti e della liquidazione delle somme a rimborso.

Per le operazioni riguardanti la **gestione casse accettazione**, i protocolli prevedono che:

- b1 sia sempre richiesta l'identificazione dei pazienti;
- b2 sia garantita la tracciabilità di ogni movimentazione finanziaria in entrata ed uscita e la correttezza e la tracciabilità di ogni rettifica a sistema relativa ad erronee accettazioni (ad es. allo storno di fatture o all'emissione di credito);

- b3 siano effettuate verifiche a campione sulle rettifiche effettuate a sistema (ad es. emissioni di note di credito);
- b4 sia garantito, attraverso procedure specifiche e controlli interni, che prestazioni parzialmente o totalmente a carico del paziente non siano fatturate al SSR;
- §b5 sia garantita la tracciabilità e l'integrità dei trasferimenti di fondi dalle accettazioni alla cassa centrale e da questa alla banca, così come la tracciabilità di tutte le riconciliazioni di cassa.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle retribuzioni e del sistema incentivante e delle compartecipazioni**, i protocolli prevedono che:

- c1 il sistema di valutazione ed i sistemi incentivanti siano improntati a criteri di oggettività (posizione ricoperta, responsabilità e compiti assegnati), di misurabilità e di congruità in relazione ai vari livelli aziendali;
- c2 i sistemi incentivanti non possano prevedere obiettivi eccessivamente sfidanti in relazione alla loro concreta realizzabilità, valutata sulla base dell'andamento aziendale, del contesto di mercato e degli obiettivi strategici generali che il Policlinico si pone;
- c3 sia garantita la tracciabilità del processo di inserimento, modifica e cancellazione di dipendenti e collaboratori nell'Anagrafica dell'applicativo per la gestione delle retribuzioni;
- c4 sia garantita la tracciabilità del processo di autorizzazione e verifica di tutte le variazioni retributive, permanenti o una tantum, in busta paga;
- c5 sia garantita la correttezza formale e sostanziale del processo di valorizzazione e successiva autorizzazione dei compensi relativi alle prestazioni libero professionali;
- c6 sia garantita la tracciabilità del processo di validazione, autorizzazione, quantificazione e sottoscrizione degli incentivi e delle compartecipazioni;
- c7 sia garantita la tracciabilità del processo di autorizzazione, contabilizzazione e pagamento degli incentivi e delle compartecipazioni.

## **A. REATI COMMESSI NEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (ARTT. 24 E 25 DEL DECRETO)**

### **A.1. Premessa**

Il concetto di Pubblica Amministrazione in diritto penale viene inteso in senso ampio, comprendendo l'intera attività dello Stato e degli altri enti pubblici; pertanto, i reati contro la Pubblica Amministrazione perseguono fatti che impediscono o turbano il regolare svolgimento non solo dell'attività – in senso tecnico – amministrativa, ma anche di quella legislativa e giudiziaria. Viene quindi tutelata la Pubblica Amministrazione intesa come l'insieme di tutte le funzioni pubbliche dello Stato o degli altri enti pubblici. I soggetti che rappresentano la Pubblica Amministrazione ai fini del diritto penale sono coloro che svolgono una funzione pubblica o un pubblico servizio.

Per funzione pubblica si intendono le attività disciplinate da norme di diritto pubblico che attengono alle funzioni legislative (Stato, Regioni, Province a statuto speciale), amministrativa (membri delle amministrazioni statali e territoriali, Forze dell'Ordine, Servizi ispettivi pubblici in materia di sicurezza e igiene del lavoro, Vigili del Fuoco, membri delle amministrazioni sovranazionali, membri delle *Authority*, delle Camere di Commercio, membri di Commissioni Edilizie, collaudatori di opere pubbliche, periti del Registro Navale Italiano, ecc.), giudiziaria (giudici, ufficiali giudiziari, organi ausiliari dell'Amministrazione della Giustizia quali curatori o liquidatori fallimentari, ecc.).

La funzione pubblica è caratterizzata dall'esercizio di:

- 1 *potere autoritativo*, cioè di quel potere che permette alla Pubblica Amministrazione di realizzare i propri fini mediante veri e propri comandi, rispetto ai quali il privato si trova in una posizione di soggezione. Si tratta dell'attività in cui si esprime il c.d. potere d'imperio, che comprende sia il potere di coercizione (arresto, perquisizione, ecc.) e di contestazione di violazioni di legge (accertamento di contravvenzioni e prescrizioni, ecc.), sia i poteri di supremazia gerarchica all'interno di pubblici uffici;
- 2 *potere certificativo*, cioè il potere di attestare un fatto con efficacia probatoria.

Per pubblico servizio si intendono attività disciplinate da norme di diritto pubblico, caratterizzate dalla mancanza dei poteri autoritativi o certificativi tipici della funzione pubblica, con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

I soggetti che svolgono una funzione pubblica o un pubblico servizio sono denominati pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio.

Il **pubblico ufficiale** è colui che può formare o manifestare la volontà della Pubblica Amministrazione ovvero esercitare poteri autoritativi o certificativi.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si considerano pubblici ufficiali i membri delle amministrazioni statali e territoriali (ad esempio Regione), i membri delle amministrazioni sovranazionali (ad esempio dell'Unione Europea), i NAS, i membri delle Autorità di Vigilanza, i membri delle Forze dell'Ordine e della Guardia di Finanza, i membri degli organi ispettivi pubblici in materia di sicurezza e igiene del lavoro, i Vigili del fuoco, i membri delle Camere di Commercio, gli amministratori di enti pubblici, i membri delle Commissioni Edilizie, i giudici, gli ufficiali giudiziari, gli organi ausiliari dell'amministrazione della giustizia (ad esempio, i curatori fallimentari).

L'**incaricato di pubblico servizio** svolge invece le attività attinenti la cura di interessi pubblici o il soddisfacimento di bisogni di interesse generale assoggettate alla vigilanza di un'autorità pubblica. La giurisprudenza penalistica ha chiarito che l'inquadramento burocratico del soggetto nella struttura di un ente pubblico non costituisce criterio per riconoscere la qualifica di incaricato di pubblico servizio, poiché ciò che rileva è l'attività in concreto svolta dal soggetto. Pertanto, anche un privato o il dipendente di una società privata può essere qualificato quale incaricato di pubblico servizio quando svolge attività finalizzate al perseguimento di uno scopo pubblico e alla tutela di un interesse pubblico.

A titolo esemplificativo e non esaustivo possono essere considerati incaricati di pubblico servizio i dipendenti del SSN (che non siano pubblici ufficiali per altri motivi), i dipendenti di enti ospedalieri, dell'ATS, dell'INAIL, dell'INPS, i dipendenti di aziende energetiche municipali, banche, uffici postali, uffici doganali, i dipendenti delle Ferrovie dello Stato, dell'ENI e di concessionari autostradali.

## A.2. Reati potenzialmente rilevanti

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti reati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione:

- **malversazione a danno dello Stato**, previsto dall'art. 316-*bis* c.p. e costituito dalla condotta di chi, estraneo alla Pubblica Amministrazione, avendo ottenuto dallo Stato o da altro ente pubblico o dalle Comunità europee contributi, sovvenzioni o finanziamenti destinati a favorire iniziative dirette alla realizzazione di opere od allo svolgimento di attività di pubblico interesse, non li destina alle predette finalità;

- **indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato**, previsto dall'art. 316-*ter* c.p. e costituito dalla condotta di chi, salvo che il fatto costituisca il reato previsto dall'articolo 640-*bis* c.p., mediante l'utilizzo o la presentazione di dichiarazioni o di documenti falsi o attestanti cose non vere, ovvero mediante l'omissione di informazioni dovute, consegue indebitamente, per sé o per altri, contributi, finanziamenti, mutui agevolati o altre erogazioni dello stesso tipo, comunque denominate, concessi o erogati dallo Stato, da altri enti pubblici (Regione) o dalle Comunità europee. *Quando la somma indebitamente percepita è pari o inferiore a euro 3.999 si applica soltanto la sanzione amministrativa del pagamento di una somma di denaro da euro 5.164 a euro 25.822. Tale sanzione non può comunque superare il triplo del beneficio conseguito;*

- **truffa a danno dello Stato o di un altro ente pubblico**, previsto dall'art. 640 c.p., comma 2, n. 1 c.p. e costituito dalla condotta di chi, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico (Regione);

- **truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche**, previsto dall'art. 640-*bis* c.p. costituito dalla stessa condotta di cui al punto precedente, se posta in essere per ottenere contributi, finanziamenti, mutui agevolati ovvero altre erogazioni dello stesso tipo, comunque denominate, concessi o erogati da parte dello Stato, di altri enti pubblici o delle Comunità europee;

- **frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico**, previsto dall'art. 640-*ter* c.p. e costituito dalla condotta di chi, alterando in qualsiasi modo il funzionamento di un sistema informatico, o telematico, o intervenendo senza diritto con qualsiasi modalità su dati, informazioni, o programmi contenuti in un sistema informatico, o telematico, o ad esso pertinenti, procura a sé, o ad altri, un ingiusto profitto, con danno dello Stato o di altro ente pubblico (Regione);

- **corruzione per l'esercizio della funzione**, previsto dall'art. 318 c.p. e costituito dalla condotta del pubblico ufficiale che, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta la promessa;



- **corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio**, previsto dall'art. 319 c.p. e costituito dalla condotta del pubblico ufficiale il quale, per omettere o ritardare o per aver omesso o ritardato un atto del suo ufficio, ovvero per compiere o per aver compiuto un atto contrario ai doveri di ufficio, riceve, per sé o per un terzo, denaro od altra utilità, o ne accetta la promessa;
- **corruzione in atti giudiziari**, previsto dall'art. 319-ter c.p. e costituito dai fatti di corruzione, qualora commessi per favorire o danneggiare una parte in un processo civile, penale o amministrativo;
- **induzione indebita a dare o promettere utilità**, previsto dall'art. 319-quater c.p. e costituito dalla condotta del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio che, salvo che il fatto costituisca più grave reato, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità, nonché dalla condotta di colui che dà o promette il denaro o altra utilità;
- **corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio**, previsto dall'art. 320 c.p., e costituito dalle condotte di cui agli artt. 318 e 319 c.p. qualora commesse dall'incaricato di un pubblico servizio;
- ai sensi dell'art. 321 c.p. (**pene per il corruttore**), le pene stabilite agli artt. 318, comma 1, 319, 319-bis, 319-ter e 320 c.p. in relazione alle ipotesi degli artt. 318 e 319 c.p., si applicano anche a chi dà o promette al pubblico ufficiale o all'incaricato di un pubblico servizio il denaro od altra utilità;
- **istigazione alla corruzione**, previsto dall'art. 322 c.p. e costituito dalla condotta di chi offre o promette denaro od altra utilità non dovuti ad un pubblico ufficiale o ad un incaricato di un pubblico servizio per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, o per indurre lo stesso a omettere o a ritardare un atto del suo ufficio, ovvero a fare un atto contrario ai suoi doveri, qualora l'offerta o la promessa non sia accettata, nonché dalla condotta del pubblico ufficiale o dell'incaricato di un pubblico servizio che sollecita una promessa o dazione di denaro o altra utilità per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri o che sollecita una promessa o dazione di denaro od altra utilità da parte di un privato per le finalità indicate dall'art. 319 c.p.
- **concussione, corruzione, induzione indebita a dare o promettere utilità e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri**, previsto dall'art. 322-bis c.p. e ai sensi del quale le disposizioni di cui agli artt. 314, 316, da 317 a 320 e 322, commi 3 e 4, c.p. Si applicano anche:
  - ai membri della Commissione delle Comunità europee, del Parlamento europeo, della Corte di Giustizia e della Corte dei conti delle Comunità europee;
  - ai funzionari e agli agenti assunti per contratto a norma dello statuto dei funzionari delle Comunità europee o del regime applicabile agli agenti delle Comunità europee;
  - alle persone comandate dagli Stati membri o da qualsiasi ente pubblico o privato presso le Comunità europee, che esercitino funzioni corrispondenti a quelle dei funzionari o agenti delle Comunità europee;
  - ai membri e agli addetti a enti costituiti sulla base dei Trattati che istituiscono le Comunità europee;
  - a coloro che, nell'ambito di altri Stati membri dell'Unione europea, svolgono funzioni o attività corrispondenti a quelle dei pubblici ufficiali e degli incaricati di un pubblico servizio.Le disposizioni di cui agli artt. 319-quater, comma 2, 321 e 322, commi 1 e 2 c.p., si applicano anche se il denaro o altra utilità sono dati, offerti o promessi:
  - alle persone sopra indicate;
  - a persone che esercitano funzioni o attività corrispondenti a quelle dei pubblici ufficiali e degli incaricati di un pubblico servizio nell'ambito di altri Stati esteri o organizzazioni pubbliche internazionali, qualora il fatto sia commesso per procurare a sé o ad altri un indebito vantaggio in operazioni economiche internazionali ovvero al fine di ottenere o di mantenere un'attività economica o finanziaria.Le persone sopra indicate sono assimilate ai pubblici ufficiali, qualora esercitino funzioni corrispondenti, e agli incaricati di un pubblico servizio negli altri casi.

### A.3. Attività sensibili e strumentali

il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili e strumentali, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i citati reati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione previsti dagli artt. 24 e 25 del Decreto:

- selezione del personale;
- gestione degli acquisti;
- gestione delle consulenze (sanitarie, di ricerca e altre);
- gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere);
- negoziazione e stipula dei contratti/convenzioni/varianti contrattuali attivi con la PA;

- gestione delle sponsorizzazioni;
- gestione delle attività di partecipazione a bandi e gare con la PA;
- gestione del processo di accreditamento (SSN/SSR, IRCCS, ECM);
- gestione negoziazione con ATS e Regione (ad es. rimborsi a tetto, extra tetto e funzioni aggiuntive);
- gestione, coordinamento e controllo delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri (ad es. gestione del ricovero, delle cartelle cliniche, codifica SDO e attribuzione DRG, gestione dei farmaci, gestione delle protesi);
- gestione degli *asset* materiali;
- gestione accettazione clienti;
- rendicontazione e fatturazione al SSR delle prestazioni e servizi sanitari soggetti a rimborso;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- fatturazione a enti pubblici di prestazioni e servizi sanitari;
- gestione delle richieste e sottoscrizione di contratti per l'ottenimento di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici;
- attività di gestione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici;
- attività di rendicontazione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici;
- gestione delle verifiche ispettive;
- gestione adempimenti amministrativi (ad es. richiesta di autorizzazioni specifiche, notifiche, adempimenti inerenti l'amministrazione del personale, comunicazioni obbligatorie, adempimenti fiscali e tributari, ecc.);
- gestione del contenzioso;
- gestione del credito;
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza;
- gestione dei beni strumentali e delle utilità aziendali;
- gestione degli *asset* intangibili (marchi, brevetti, licenze, ecc.);
- gestione del *Fund Raising*;
- gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione;
- gestione dei rapporti istituzionali;
- gestione liste d'attesa.

#### A.4. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **selezione del personale**, i protocolli prevedono che:

- le Funzioni che richiedono la selezione e l'assunzione del personale formalizzino la richiesta attraverso la compilazione di modulistica specifica e nell'ambito di un budget annuale;
- la richiesta sia autorizzata dal Responsabile competente secondo le procedure interne;
- le richieste di assunzione fuori dai limiti indicati nel *budget* siano motivate e debitamente autorizzate nel rispetto delle procedure, delle autorizzazioni e dei controlli interni adottati dalla Società;
- per ogni profilo ricercato sia garantito che, salvo motivi di oggettiva impossibilità dovuta alla particolarità del profilo stesso, siano esaminate almeno tre candidature, ad eccezione delle assunzioni di clinici e ricercatori che abbiano maturato, all'interno o all'esterno dell'Ospedale, specifiche competenze distintive strettamente funzionali allo sviluppo dell'attività clinica e di ricerca;
- i candidati siano sottoposti ad un colloquio valutativo in cui siano considerate anche le attitudini etico-comportamentali degli stessi;
- le valutazioni dei candidati siano formalizzate in apposita documentazione di cui è garantita l'archiviazione a cura del Responsabile della Direzione del Personale;
- siano preventivamente accertati e valutati i rapporti, diretti o indiretti, tra il candidato e la PA;
- la richiesta di assunzione/collaborazione sia autorizzata e verificata dai Direttori/Responsabili di Funzione indicati nelle deleghe interne e nelle procedure aziendali, in modo che sia assicurata un'adeguata segregazione di funzioni;
- sia garantita, a cura della Direzione del Personale, l'archiviazione dei contratti di lavoro sottoscritti;
- siano effettuate interviste di *debriefing* per il personale dimissionario.

Per le operazioni riguardanti la **gestione degli acquisti** e la **gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere)**, i protocolli prevedono che:

- l'intero *iter* si uniformi costantemente a criteri di trasparenza e non discriminazione e sia differenziato tra acquisti di beni e affidamento di lavori e servizi;
- la documentazione inerente gli acquisti consenta di dare evidenza della metodologia utilizzata e dell'iter procedurale seguito per l'effettuazione dell'acquisto, dell'oggetto, dell'importo e delle motivazioni sottese alla scelta del fornitore;
- l'approvvigionamento di beni, opere o servizi sia disciplinato da contratto o ordine scritto, nel quale sono chiaramente prestabiliti il prezzo del bene o della prestazione o i criteri per determinarlo;
- nella selezione di fornitori siano sempre, ove possibile, richieste almeno tre offerte;
- nella scelta del fornitore siano preventivamente valutati criteri soggettivi od oggettivi predefiniti, tra cui la reputazione e l'affidabilità del soggetto sul mercato, nonché l'adesione a valori comuni a quelli espressi dal Codice Etico e dal Modello del Policlinico;
- la documentazione prodotta o ricevuta a fronte dell'affidamento di lavori o dell'acquisizione di beni o servizi sia conservata, ad opera dei Responsabili delle Funzioni coinvolte, in un apposito archivio, con modalità tali da impedire la modifica successiva al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi;
- il Responsabile della Funzione interessata dalla fornitura o dall'appalto segnali immediatamente al OdV eventuali anomalie nelle prestazioni rese dal fornitore o dall'appaltatore o particolari richieste avanzate al Policlinico da questi soggetti;
- tutti i pagamenti a fornitori e/o appaltatori siano effettuati solo dopo una validazione preventiva da parte del Responsabile della Funzione interessata dall'acquisto/appalto ed a seguito di un iter autorizzativo interno predefinito che tenga conto anche della scadenza del pagamento;
- sia fatto divieto di utilizzo di denaro contante;
- l'utilizzo o l'impiego di risorse economiche o finanziarie abbia sempre una causale espressa e sia documentato e registrato in conformità ai principi di correttezza professionale e contabile;
- le fatture ricevute dal Policlinico relative all'acquisto di beni, opere o servizi siano registrate esclusivamente a fronte di idonea evidenza della effettiva ricezione della merce o dell'avvenuta prestazione del servizio;
- non vi sia identità soggettiva tra chi richiede, chi autorizza, chi controlla e chi esegue le operazioni.
- Per le operazioni riguardanti la **gestione delle consulenze (sanitarie, di ricerca e altre)**, i protocolli prevedono che:
  - i consulenti esterni siano scelti in base ai requisiti di professionalità, indipendenza e competenza;
  - la nomina dei consulenti avvenga nel rispetto delle procedure, delle autorizzazioni e dei controlli interni adottati dal Policlinico;
  - le consulenze siano autorizzate e verificate dai Direttori/Responsabili di Funzione indicati nelle deleghe interne e nelle procedure aziendali, in modo che sia assicurata un'adeguata segregazione di funzioni;
  - non vi sia identità di soggetti, all'interno del Policlinico, tra chi richiede la consulenza, chi la autorizza, chi ne valuta la corretta esecuzione e chi esegue il pagamento;
  - l'incarico a consulenti esterni sia conferito per iscritto con indicazione del compenso pattuito e del contenuto della prestazione;
  - i compensi dei consulenti trovino adeguata giustificazione nell'incarico conferito e siano congrui, in considerazione delle prassi esistenti sul mercato e/o delle tariffe vigenti;
  - nessun pagamento a consulenti sia effettuato in contanti;
  - non sia affidato ai consulenti qualsiasi incarico che non rientri nel contratto di consulenza;
  - al termine dell'incarico sia richiesto al consulente di dettagliare per iscritto le prestazioni effettuate.

Per le operazioni riguardanti la **negoiazione e stipula dei contratti/convenzioni/varianti contrattuali attivi con la PA**, la **gestione delle attività di partecipazione a bandi e gare con la PA**, la **gestione del processo di accreditamento (SSN/SSR, IRCCS, ECM)**, la **gestione negoziazione con ATS e Regione (ad esempio rimborsi a tetto, extra tetto e funzioni aggiuntive)**, la **fatturazione a enti pubblici di prestazioni e servizi sanitari**, la **gestione adempimenti amministrativi (ad es. richiesta di autorizzazioni specifiche, notifiche, adempimenti inerenti l'amministrazione del personale, comunicazioni obbligatorie, adempimenti fiscali e tributari, ecc.)** e la **gestione dei rapporti istituzionali**, i protocolli prevedono che:

- tutti gli atti, le richieste, le comunicazioni formali ed i contratti che hanno come destinataria la PA siano sempre preventivamente autorizzati e successivamente sottoscritti secondo quanto previsto dalle deleghe interne, dalle procure e dalle procedure aziendali;

- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione identifichi gli strumenti più adeguati per garantire che i rapporti tenuti dalla propria funzione con la PA siano trasparenti, documentati e verificabili;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione e/o il soggetto aziendale previsto dalle normative interne autorizzino preventivamente l'utilizzo di dati e di informazioni riguardanti la Società e destinati ad atti, comunicazioni, attestazioni e richieste di qualunque natura inoltrate o aventi come destinataria la PA;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione e/o il soggetto aziendale previsto dalle normative interne verifichino preventivamente che i documenti, le dichiarazioni e le informazioni trasmesse dal Policlinico alla PA siano complete e veritiere;
- le somme ricevute a fronte delle prestazioni contrattuali rese alla PA siano documentate e registrate in conformità ai principi di correttezza professionale e contabile.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle sponsorizzazioni** e la **gestione degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza**, i protocolli prevedono che:

- le concessioni di omaggi, liberalità e sponsorizzazioni abbiano delle soglie di valore massimo definite nelle procedure aziendali;
- le liberalità e le sponsorizzazioni siano dirette ad accrescere ed a promuovere l'immagine e la cultura del Policlinico;
- le operazioni siano, oltre che mirate ad attività lecite ed etiche, anche autorizzate, giustificate e documentate, anche con la descrizione delle tipologie di beni/servizi offerti e del relativo valore;
- il rimborso delle spese sostenute venga richiesto attraverso la compilazione di modulistica specifica e solo previa produzione di idonea documentazione giustificativa delle spese sostenute;
- sia elaborato annualmente un report di tutte le concessioni di omaggi, erogazioni liberali e sponsorizzazioni effettuate, con esclusione della sola omaggistica di modico valore;
- sia garantita la tracciabilità e verificabilità delle operazioni effettuate attraverso l'archiviazione della documentazione di supporto.

Per le operazioni riguardanti la **gestione, coordinamento e controllo delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri (ad es. gestione del ricovero, delle cartelle cliniche, codifica SDO e attribuzione DRG, gestione dei farmaci, gestione delle protesi)** e la **rendicontazione e fatturazione al SSR delle prestazioni e servizi sanitari soggetti a rimborso**, i protocolli prevedono che:

- sia evitato che più fasi della medesima procedura siano affidate ad un unico operatore (ad esempio: prenotazione – accettazione – dimissione; rapporti con gli uffici della ATS – fatturazioni dei ricoveri – controllo sui DRG; e così via), evitando al contempo che la frammentazione del lavoro produca deresponsabilizzazione e difficoltà ad individuare, successivamente al fatto, il responsabile.
- sia previsto, in particolare per ciò che attiene i D.R.G, che nessuno nel suo lavoro sia svincolato dalla verifica indiretta da parte di altri soggetti, elettivamente deputati ad altre fasi della procedura, o **dall'uso controllato di strumenti informativi** oltre che, naturalmente, da quella dei soggetti preposti alle verifiche.
- sia sempre garantita la corretta redazione anche tramite strumenti informatici e istruzioni scritte e conservazione delle cartelle cliniche;
- l'accesso all'applicativo *software* per la gestione delle cartelle cliniche e delle attività ambulatoriali sia sempre protetto da *password* e *username* personali e sia sempre tracciabile qualsiasi variazione dei dati e delle informazioni contenute a sistema;
- sia garantita l'appropriatezza, la completezza e la congruità del percorso clinico e delle cartelle cliniche;
- sia garantita l'appropriatezza, la completezza e la congruità delle prescrizioni (anche prescritte da personale interno) effettuate per attività ambulatoriali, di pronto soccorso e per quelle relative alla somministrazione di farmaci e di impianto di protesi;
- sia definito un apposito *iter* autorizzativo per la gestione della scontistica e per prestazioni sanitarie erogate a titolo gratuito;
- sia garantita la corretta codifica, ai fini del rimborso da parte del SSR, delle SDO e delle altre prestazioni sanitarie;
- sia coinvolta la direzione sanitaria del PSD in caso di dubbio in merito alla classificazione di determinate prestazioni effettuate ed al loro inquadramento negli esistenti DRG. Nel caso di persistente dubbio in merito alla esatta classificazione delle prestazioni effettuate, non risolvibile in base ad una ragionevole interpretazione della normativa vigente, la direzione sanitaria richiede un parere della Regione o della ATS territoriale, o tramite l'AIOP, Assolombarda o altre associazioni

competenti. Decorsi trenta giorni dalla richiesta di parere senza aver ottenuto risposta dagli enti pubblici coinvolti, l'istituzione sanitaria privata provvede alla classificazione della prestazione effettuata in base a principi di buona fede e di ragionevole interpretazione della legge, dandone spiegazione scritta delle ragioni che hanno portato ad una determinata classificazione;

- siano svolti specifici controlli, o sia usato un software per assicurare che non vengano richiesti rimborsi al SSR per prestazioni ambulatoriali effettuate su pazienti in regime di ricovero;
- siano svolti specifici controlli per garantire che una prestazione sanitaria non sia rendicontata e fatturata più volte al SSR;
- sia sempre garantito che la fatturazione di prestazioni sanitarie sia sempre supportata da documentazione che dimostri l'erogazione del servizio;
- sia garantito anche tramite software che prestazioni parzialmente o totalmente a carico del paziente non vengano fatturate al SSR;
- sia garantito che vengano emesse tempestivamente note di credito per prestazioni erroneamente rendicontate e fatturate al SSR;
- sia garantita la tracciabilità e l'integrità dei dati nel processo di rendicontazione e fatturazione al SSR delle prestazioni sanitarie erogate, incluse le fasi intermedie di invio dei flussi informativi non definitivi, di eventuali rettifiche ai flussi derivanti da controlli interni o da richieste della ATS e dei NOC;
- sia garantito un adeguato processo di autorizzazione alla somministrazione, alla dispensazione, alla gestione e all'inventario di farmaci e protesi e dispositivi medici che sono rendicontati al SSR.

Per le operazioni riguardanti la **gestione degli asset materiali** e la **gestione degli asset intangibili (marchi, libretti, licenze ecc.)**, i protocolli prevedono che:

- sia mantenuto aggiornato un inventario di tutti gli asset intangibili e materiali e del loro valore;
- sia garantita la tracciabilità del processo di registrazione e successiva manutenzione degli asset intangibili e materiali;
- sia garantita la correttezza e la tracciabilità del processo di valutazione dell'asset, di autorizzazione all'operazione e sottoscrizione del contratto, in caso di acquisto, vendita, locazione, licenza, ecc.

Per le operazioni riguardanti la **gestione accettazione clienti**, i protocolli prevedono che:

- sia sempre richiesta l'identificazione dei pazienti;
- sia garantita la tracciabilità di ogni movimentazione finanziaria in entrata ed uscita e la correttezza e la tracciabilità di ogni rettifica a sistema relativa ad erronee accettazioni (ad es. allo storno di fatture o all'emissione di credito);
- siano effettuate verifiche a campione sulle rettifiche effettuate a sistema (ad es. storno fatture, emissioni di note di credito ecc.);
- non vi sia identità di soggetti, all'interno del Policlinico, tra chi effettua rettifiche a sistema e chi controlla la congruità delle stesse;
- sia garantito, attraverso procedure specifiche e controlli interni, che prestazioni parzialmente o totalmente a carico del paziente non siano fatturate al SSR;
- sia garantita la tracciabilità e l'integrità dei trasferimenti di fondi dalle accettazioni alla cassa centrale e da questa alla banca, così come la tracciabilità di tutte le riconciliazioni di cassa.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle sperimentazioni cliniche**, i protocolli prevedono che:

- per ogni progetto siano previsti un piano di spesa, un sistema di controlli *ex ante* sul piano di spesa autorizzato e la formazione e tracciabilità dell'iter autorizzativo del piano di spesa stesso;
- sia garantita la tracciabilità dei processi:
  - o di valutazione, scientifica ed economica, della sperimentazione clinica;
  - o di autorizzazione interna e la successiva sottoscrizione del contratto relativo alla sperimentazione clinica;
  - o di rendicontazione delle prestazioni erogate nel corso della sperimentazione clinica, non soggette a rimborso da parte del SSN;
  - o di richiesta di autorizzazioni ad enti pubblici per la realizzazione della sperimentazione clinica;
- siano previsti controlli *in itinere* ed *ex post* per verificare la coerenza e la pertinenza tra il piano di spesa e la destinazione del finanziamento;
- sia prevista la tracciabilità delle attività svolte.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle richieste e sottoscrizione di contratti per l'ottenimento di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici**, l'**attività di gestione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici** e l'**attività di rendicontazione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti pubblici**, i protocolli prevedono che:

- siano definiti i criteri e le modalità per l'espletamento dell'attività di verifica dei requisiti necessari per l'ottenimento di finanziamenti, contributi, ecc.;
- le richieste di contributi, sovvenzioni e finanziamenti pubblici siano sempre preventivamente autorizzate e successivamente sottoscritte secondo quanto previsto dalle deleghe interne, dalle procure e dalle procedure aziendali;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione verifichi che le dichiarazioni e la documentazione presentate per ottenere il finanziamento o il contributo siano complete e rappresentino la reale situazione economica, patrimoniale e finanziaria del Policlinico;
- le risorse finanziarie ottenute come contributo, sovvenzione o finanziamento pubblico siano destinate esclusivamente alle iniziative e al conseguimento delle finalità per le quali sono state richieste e ottenute;
- l'impiego di tali risorse sia sempre motivato dal soggetto richiedente, che ne deve attestare, anche nei confronti dell'ente erogatore, la coerenza con le finalità per le quali il finanziamento è stato richiesto e ottenuto;
- la documentazione sia conservata, ad opera del Responsabile della Funzione coinvolta, in un apposito archivio, con modalità tali da impedire la modifica successiva, al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle verifiche ispettive**, i protocolli prevedono che:

- alle verifiche ispettive ed agli accertamenti partecipino, di norma, almeno due rappresentanti aziendali, come indicati nelle procedure aziendali, i quali saranno, inoltre, tenuti ad accompagnare gli ispettori presso i siti aziendali;
- siano stabilite le modalità per dotare gli ispettori di idonee strutture (locali segregabili, accessi di rete, *hardware*) e le modalità con cui si rende disponibile agli stessi la documentazione aziendale;
- i soggetti responsabili della verifica informino l'OdV dell'inizio e della fine del procedimento e di qualsiasi criticità emersa durante il suo svolgimento, nonché gli comunichino:
  - o i dati identificativi degli ispettori (nome ed ente di appartenenza);
  - o la data e l'ora di arrivo degli ispettori;
  - o la durata dell'ispezione;
  - o l'oggetto della stessa;
  - o l'esito della stessa;
  - o l'eventuale verbale redatto dall'ente ispettivo;
  - o l'elenco degli eventuali documenti consegnati;
  - o la richiesta copia della documentazione pertinente l'attività ispettiva.
- la documentazione sia conservata, conformemente alle procedure aziendali, in un apposito archivio, con modalità tali da impedire la modifica successiva se non con apposita evidenza, al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi.

Per le operazioni riguardanti la **gestione del contenzioso** e la **gestione del credito**, i protocolli prevedono che:

- sia sempre identificato un Responsabile, coerentemente con l'oggetto della materia, dotato dei poteri necessari per rappresentare il Policlinico o per attivare l'azione di eventuali professionisti esterni;
- siano stabilite le modalità (ad es. sollecito verbale, sollecito scritto, sollecito legale, proposta transattiva ecc.) attraverso le quali attuare la procedura di recupero del credito o eventuali transazioni con soggetti privati;
- sia effettuata dallo Statuto o dal sistema aziendale del deleghe l'identificazione dei soggetti autorizzati a concordare un eventuale piano di rientro con la PA;
- con riferimento agli accordi transattivi con la PA, non vi sia identità soggettiva tra il soggetto che procede alle negoziazioni ed il soggetto che approva definitivamente l'accordo, apponendovi la propria sottoscrizione;
- sia garantita, in accordo con le procedure interne, la tracciabilità dei processi:
  - o di monitoraggio del credito scaduto;
  - o di recupero crediti, ivi incluse eventuali transazioni extragiudiziarie;
  - o di autorizzazione ed emissione di note di credito o *write off* e dei relativi accordi sottostanti;
  - o di validazione interna e sottoscrizione di accordi transattivi;
- siano archiviati, mediante supporti cartacei o elettronici, tutti i documenti relativi al procedimento di recupero del credito;
- il Responsabile identificato informi l'OdV dell'inizio del procedimento, delle risultanze delle varie fasi dell'attività, della conclusione del procedimento, nonché di qualsiasi criticità possa riscontrarsi;

- sia garantita la tracciabilità delle richieste di informazioni ricevute nel corso del contenzioso e delle persone coinvolte, nonché del processo di valutazione e autorizzazione interna della documentazione consegnata nel corso del contenzioso;
- la documentazione sia conservata, ad opera del Responsabile della Funzione coinvolta, in un apposito archivio, con modalità tali da impedire la modifica successiva, al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle risorse finanziarie**, i protocolli prevedono che:

- siano stabiliti limiti all'autonomo impiego delle risorse finanziarie, mediante la definizione di soglie quantitative di spesa, coerenti con le competenze gestionali e le responsabilità organizzative. Il superamento dei limiti quantitativi di spesa assegnati possa avvenire solo ed esclusivamente per comprovati motivi di urgenza e in casi eccezionali: in tali casi si proceda alla sanatoria dell'evento eccezionale attraverso il rilascio delle debite autorizzazioni;
- il Consiglio di Amministrazione, o il soggetto da esso delegato, stabilisca e modifichi, se necessario, la procedura di firma congiunta per determinate tipologie di operazioni o per operazioni che superino una determinata soglia quantitativa. Di tale modifica sia data informazione all'Organismo di Vigilanza;
- non vi sia identità soggettiva tra chi impegna il Policlinico nei confronti di terzi e chi autorizza o dispone il pagamento di somme dovute in base agli impegni assunti; laddove ciò non sia possibile in merito a singole operazioni, ne sia data comunicazione, tramite apposito *report*, al Consiglio di Amministrazione e all'Organismo di Vigilanza;
- le operazioni che comportano l'utilizzo o l'impiego di risorse economiche o finanziarie abbiano una causale espressa, siano motivate dal soggetto richiedente, anche attraverso la mera indicazione della tipologia di spesa alla quale appartiene l'operazione, e siano documentate e registrate in conformità ai principi di correttezza professionale e contabile;
- siano vietati i flussi sia in entrata che in uscita in denaro contante, salvo che per tipologie minime di spesa (piccola cassa) espressamente autorizzate dai Responsabili delle Funzioni competenti come previsto nella procedura aziendale applicabile;
- con riferimento alle operazioni bancarie e finanziarie, il Policlinico si avvalga solo di intermediari finanziari e bancari sottoposti a una regolamentazione di trasparenza e di correttezza conforme alla disciplina dell'Unione Europea;
- i pagamenti a terzi siano effettuati mediante circuiti bancari con mezzi che garantiscano evidenza che il beneficiario del pagamento sia effettivamente il soggetto terzo contraente con il Policlinico;
- siano preventivamente stabiliti, in funzione della natura della prestazione svolta, limiti quantitativi all'erogazione di anticipi di cassa e modalità standard per la richiesta ed autorizzazione del rimborso di spese sostenute da parte del personale del Policlinico. Il rimborso delle spese sostenute deve essere richiesto attraverso la compilazione di modulistica specifica e solo previa produzione di idonea documentazione giustificativa delle spese sostenute;
- gli incassi e i pagamenti del Policlinico nonché i flussi di denaro siano sempre tracciabili e provabili documentalmente;
- siano chiaramente definite le modalità di impiego di eventuale liquidità del Policlinico all'interno di specifiche linee guida aziendali.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei beni strumentali e delle utilità aziendali**, i protocolli prevedono che:

- l'assegnazione del bene strumentale sia motivata, in ragione del ruolo e della mansione del personale beneficiario ed attraverso formale richiesta dell'interessato, validata da un superiore gerarchico, secondo quanto previsto dagli Strumenti di attuazione del Modello applicabili;
- siano stabilite le modalità di richiesta e di autorizzazione dei beni strumentali e delle utilità aziendali;
- la richiesta sia debitamente autorizzata dalla Funzione competente;
- siano identificati i beni strumentali e delle utilità aziendali concessi (ad es. personal computer, telefono cellulare, palmari ecc.);
- venga mantenuto un inventario aggiornato dei beni attribuiti agli assegnatari;
- siano previsti casi di revoca del bene assegnato in caso di violazione delle procedure o regolamenti aziendali durante il loro utilizzo;
- siano stabilite in procedura aziendale le modalità di restituzione dei beni in caso di dimissioni/licenziamento.

Per le operazioni riguardanti la **gestione del Fund Raising**, i protocolli prevedono che:

- sia preventivamente definita la finalità per ciascun progetto di raccolta fondi e il progetto stesso sia preventivamente autorizzato, secondo le procedure aziendali e le deleghe interne;
- sia garantita la tracciabilità del processo di raccolta, gestione e movimentazione dei fondi, ivi inclusa l'identificazione del donante;
- sia garantita la tracciabilità dei flussi finanziari provenienti da attività di *Fund Raising* per la realizzazione di progetti specifici, attraverso la creazione di commesse *ad hoc*, contabili o *extracontabili*;
- sia predisposta, ad opera del responsabile di ciascun progetto di raccolta fondi, una rendicontazione finale dei risultati del progetto;
- sia garantita la tracciabilità del processo di validazione, autorizzazione e sottoscrizione di atti di donazione e legato.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione**, si applica quanto previsto al paragrafo B.3 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile.

Per le operazioni riguardanti la **gestione liste d'attesa**, i protocolli prevedono che:

- sia previsto il monitoraggio delle liste e l'individuazione di codici di priorità in ordine alla gravità delle patologie e alla differibilità della prestazione e la corretta attribuzione degli stessi;
- l'accesso alle liste di attesa ed all'agenda prenotazione ricoveri sia basato su principi di equità ed imparzialità, e le operazioni debbano essere adeguatamente giustificate e documentate;
- sia garantita la tracciabilità e verificabilità delle operazioni attraverso l'archiviazione della documentazione di supporto;
- sia previsto un sistema di firma congiunta per l'autorizzazione delle eventuali modifiche alle liste di attesa;
- sia prevista la formalizzazione e la tracciabilità di eventuali modifiche alle liste di attesa (ad es. cambiamenti delle priorità di ricovero, modifiche di nominativi, ecc.) e le relative motivazioni;
- sia previsto un piano di controllo strutturato effettuato dalla Direzione Sanitaria di presidio.

#### **A.5. Flussi informativi verso l'OdV**

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le ulteriori informazioni individuate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

## **B. DELITTI INFORMATICI E TRATTAMENTO ILLECITO DI DATI (ART. 24-BIS DEL DECRETO)**

### **B.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti delitti informatici:

- **falsità in documenti informatici**, previsto dall'art. 491-*bis* c.p. e costituito dalle ipotesi di falsità, materiale o ideologica, commesse su atti pubblici, certificati, autorizzazioni, scritture private o atti privati, da parte di un rappresentante della Pubblica Amministrazione ovvero da un privato, qualora le stesse abbiano ad oggetto un "documento informatico avente efficacia probatoria", ossia un documento informatico munito quanto meno di firma elettronica semplice. Per "documento informatico" si intende la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti (tale delitto estende la penale perseguibilità dei reati previsti all'interno del Libro II, Titolo VII, Capo III del Codice Penale ai documenti informatici aventi efficacia probatoria);
- **accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico**, previsto dall'art. 615-*ter* c.p. e costituito dalla condotta di chi si introduce abusivamente, ossia eludendo una qualsiasi forma, anche minima, di barriere ostative all'ingresso in un sistema informatico o telematico protetto da misure di sicurezza, ovvero vi si mantiene contro la volontà di chi ha diritto di escluderlo;
- **detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici**, previsto dall'art. 615-*quater* c.p. e costituito dalla condotta di chi abusivamente si procura, riproduce, diffonde, comunica o consegna codici, parole chiave o altri mezzi idonei all'accesso ad un sistema



- informatico o telematico protetto da misure di sicurezza, o comunque fornisce indicazioni o istruzioni in questo senso, allo scopo di procurare a sé o ad altri un profitto, o di arrecare ad altri un danno;
- **diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico**, previsto dall'art. 615-*quinquies* c.p., e che sanziona la condotta di chi, per danneggiare illecitamente un sistema informatico o telematico, ovvero le informazioni, i dati o i programmi in esso contenuti o ad esso pertinenti, ovvero per favorire l'interruzione o l'alterazione del suo funzionamento, si procura, produce, riproduce, importa, diffonde, comunica, consegna, o comunque mette a disposizione di altri apparecchiature, dispositivi o programmi informatici;
  - **intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche**, previsto dall'art. 617-*quater* c.p., e che punisce la condotta di chi, in maniera fraudolenta, intercetta comunicazioni relative ad un sistema informatico o telematico o intercorrenti tra più sistemi, le impedisce o le interrompe oppure rivela, mediante qualsiasi mezzo di informazione al pubblico, in tutto o in parte, il contenuto di tali comunicazioni;
  - **installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche**, previsto dall'art. 617-*quinquies* c.p., e che sanziona la condotta di chi, fuori dai casi consentiti dalla legge, installa apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni relative ad un sistema informatico o telematico, ovvero intercorrenti fra più sistemi;
  - **danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici**, previsto dall'art. 635-*bis* c.p. e costituito dalla condotta di chi distrugge, deteriora, cancella, altera o sopprime informazioni, dati o programmi informatici altrui, salvo che il fatto costituisca più grave reato;
  - **danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico, o comunque di pubblica utilità**, previsto dall'art. 635-*ter* c.p. e costituito dalla condotta di chi commette un fatto diretto a distruggere, deteriorare, cancellare, alterare o sopprimere informazioni, dati o programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o ad essi pertinenti, o comunque di pubblica utilità, salvo che il fatto costituisca più grave reato;
  - **danneggiamento di sistemi informatici o telematici**, previsto dall'art. 635-*quater* c.p. e costituito dalla condotta di chi, mediante le condotte di cui all'art. 635-*bis* c.p., ovvero attraverso l'introduzione o la trasmissione di dati, informazioni o programmi, distrugge, danneggia, rende, in tutto o in parte, inservibili sistemi informatici o telematici altrui o ne ostacola gravemente il funzionamento salvo che il fatto costituisca più grave reato;
  - **danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità**, previsto dall'art. 635-*quinquies* c.p. e costituito dalla condotta descritta al precedente articolo 635-*quater* c.p., qualora essa sia diretta a distruggere, danneggiare, rendere, in tutto o in parte, inservibili sistemi informatici o telematici di pubblica utilità o ad ostacolarne gravemente il funzionamento;
  - **frode informatica del soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica**, previsto dall'art. 640-*quinquies* c.p. e costituito dalla condotta del soggetto che presta servizi di certificazione di firma elettronica il quale, al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto, ovvero di arrecare ad altri danno, viola gli obblighi previsti dalla legge per il rilascio di un certificato qualificato.

## B.2. Attività sensibili

il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i delitti informatici previsti dall'art. 24-*bis* del Decreto:

- gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione;
- gestione della *smart card*.

## B.3. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione**, i protocolli prevedono che:

- le risorse informatiche e di rete siano utilizzate esclusivamente per l'espletamento dell'attività lavorativa;
- i server applicativi centralizzati siano ospitati in locali dedicati e messi in sicurezza e l'accesso ai suddetti locali sia riservato al solo personale autorizzato;

- siano definiti formalmente dei requisiti di autenticazione ai sistemi per l'accesso ai dati e per l'assegnazione dell'accesso remoto agli stessi da parte di soggetti terzi quali consulenti e fornitori;
- i codici identificativi (*user-id*) per l'accesso alle applicazioni ed alla rete siano individuali e univoci e siano comunicate le modalità della loro custodia nonché il divieto di cessione degli stessi a colleghi o a terzi;
- siano definiti i criteri e le modalità per la creazione delle *password* di accesso alla rete, alle applicazioni, al patrimonio informativo aziendale e ai sistemi critici o sensibili (ad es. lunghezza minima della *password*, regole di complessità, scadenza);
- la corretta gestione delle *password* sia definita da linee guida, comunicate a tutti gli utenti, per la selezione e l'utilizzo della parola chiave;
- gli accessi effettuati dagli utenti, in qualsiasi modalità, ai dati, ai sistemi ed alla rete siano oggetto di verifiche periodiche;
- le applicazioni tengano traccia delle modifiche ai dati compiute dagli utenti;
- siano definiti i criteri e le modalità per l'assegnazione, la modifica e la cancellazione dei profili utente;
- siano eseguite verifiche periodiche dei profili utente al fine di verificare che siano coerenti con le responsabilità assegnate e siano eliminati per il personale dimesso;
- siano definiti i criteri e le modalità per la gestione dei sistemi *hardware* che prevedano la compilazione e la manutenzione di un inventario aggiornato dell'*hardware* in uso presso il Policlinico e che regolamentino le responsabilità e le modalità operative in caso di implementazione e/o manutenzione di *hardware*;
- siano definiti i criteri e le modalità per le attività di *back up* che prevedano, per ogni applicazione *hardware*, la frequenza dell'attività, le modalità, il numero di copie ed il periodo di conservazione dei dati;
- siano definiti i criteri e le modalità per la gestione dei sistemi *software* che prevedano la predisposizione e la manutenzione di un inventario aggiornato del *software* in uso presso la società, l'utilizzo di *software* formalmente autorizzato e certificato e l'effettuazione di verifiche periodiche sui *software* installati e sulle memorie di massa dei sistemi in uso al fine di controllare la presenza di *software* proibiti e/o potenzialmente nocivi e/o non licenziati;
- siano definiti i criteri e le modalità per il *change management* (inteso come aggiornamento o implementazione di nuovi sistemi/servizi tecnologici);
- siano definite le responsabilità per la gestione delle reti;
- siano implementati controlli di sicurezza al fine di garantire la riservatezza dei dati interni alla rete;
- siano adottati meccanismi di segregazione delle reti e di monitoraggio del traffico di rete;
- siano implementati meccanismi di tracciatura degli eventi di sicurezza sulle reti (ad es. accessi anomali per frequenza, modalità, temporalità);
- sia regolamentata l'implementazione e la manutenzione delle reti telematiche mediante la definizione di responsabilità e modalità operative, di verifiche periodiche sul funzionamento delle reti e sulle anomalie riscontrate;
- siano definiti i criteri e le modalità per le attività di *back up* che prevedano, per ogni rete di telecomunicazione, la frequenza dell'attività, le modalità, il numero di copie, il periodo di conservazione dei dati;
- siano definite le misure di sicurezza adottate, le modalità di vigilanza e la relativa frequenza, la responsabilità e il processo di *reporting* delle violazioni/effrazioni dei locali tecnici o delle misure di sicurezza e le contromisure da attivare;
- siano definite le credenziali fisiche di accesso ai siti ove risiedono i sistemi informativi e le infrastrutture IT (ad es. codici di accesso, *token authenticator*, pin, *badge*, valori biometrici) e la tracciabilità degli stessi;
- la documentazione riguardante ogni singola operazione sia archiviata allo scopo di garantire la completa tracciabilità della stessa.

Per le operazioni riguardanti la **gestione della smart card**, i protocolli prevedono che:

- il processo sia formalizzato in una procedura operativa o *policy* interna;
- siano definiti criteri e modalità per la generazione, distribuzione, revoca ed archiviazione delle chiavi (*smart card*);
- sia formalmente disciplinata la eventuale gestione delle *smart card* da parte di soggetti terzi;
- siano definiti i controlli per la protezione delle *smart card* da possibili modifiche, distruzioni e utilizzi non autorizzati;

- la documentazione di supporto alle attività effettuate con l'utilizzo delle *smart card* sia tracciabile e adeguatamente archiviata.

#### **B.4. Flussi informativi verso l'OdV**

I Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

### **C. DELITTI DI CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E REATI TRANSNAZIONALI (ART. 24-TER DEL DECRETO E ART. 10. L. 146/2006)**

#### **C.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti delitti di criminalità organizzata e reati transnazionali:

- **associazione per delinquere**, previsto dall'art. 416 c.p. e che punisce coloro che promuovono o costituiscono od organizzano un'associazione di tre o più persone allo scopo di commettere più delitti, nonché coloro che vi partecipano;
- **associazione di tipo mafioso anche straniera**, previsto dall'art. 416-bis c.p. e che punisce chiunque fa parte di un'associazione di tipo mafioso formata da tre o più persone, nonché coloro che la promuovono, dirigono o organizzano. L'associazione è di tipo mafioso quando coloro che ne fanno parte si avvalgono della forza di intimidazione del vincolo associativo e della condizione di assoggettamento e di omertà che ne deriva per commettere delitti, per acquisire in modo diretto o indiretto la gestione o comunque il controllo di attività economiche, di concessioni, di autorizzazioni, appalti e servizi pubblici o per realizzare profitti o vantaggi ingiusti per sé o per altri, ovvero al fine di impedire od ostacolare il libero esercizio del voto o di procurare voti a sé o ad altri in occasione di consultazioni elettorali. L'associazione si considera armata quando i partecipanti hanno la disponibilità, per il conseguimento della finalità dell'associazione, di armi o materie esplosive, anche se occultate o tenute in luogo di deposito. Le disposizioni dell'art. 416-bis c.p. si applicano anche alla camorra e alle altre associazioni, comunque localmente denominate, anche straniere, che valendosi della forza intimidatrice del vincolo associativo perseguono scopi corrispondenti a quelli delle associazioni di tipo mafioso;
- **delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dall'articolo 416-bis c.p., ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo.**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti reati transnazionali:

- **induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria**, previsto dall'art. 377-bis c.p., e costituito dalla condotta di chiunque, con violenza o minaccia, o con offerta o promessa di denaro o di altra utilità, induce a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci la persona chiamata a rendere davanti alla autorità giudiziaria dichiarazioni utilizzabili in un procedimento penale, quando questa ha la facoltà di non rispondere;
- **favoreggiamento personale**, previsto dall'art. 378 c.p., e costituito dalla condotta di chiunque, dopo che fu commesso un delitto per il quale la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo o la reclusione, e fuori dei casi di concorso nel medesimo, aiuta taluno a eludere le investigazioni dell'autorità, o a sottrarsi alle ricerche di questa.

#### **C.2. Attività sensibili**

I delitti di cui all'art. 24-ter del Decreto e di cui all'art. 10, L. 146/2006 non sembrano poter essere ricollegati a specifiche attività svolte in concreto dal Policlinico. Inoltre, va evidenziato che:

- tali delitti hanno natura, per ampia parte, di reati associativi (associazione per delinquere, associazione di tipo mafioso anche straniera) o fortemente collegati a reati associativi (scambio elettorale politico-mafioso, delitti commessi avvalendosi delle modalità di cui all'art. 416-bis c.p. ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso), che puniscono perciò

anche solo l'accordo di più persone volto alla commissione di un numero e di un tipo indeterminato di delitti;

- i reati associativi, essendo per definizione costituiti dall'accordo volto alla commissione di qualunque delitto, estendono il novero dei reati presupposto ad un numero indeterminato di figure criminose, per cui qualsiasi attività svolta dal Policlinico potrebbe comportare la commissione di un delitto – e la conseguente responsabilità ex D.Lgs. 231/2001 – “tramite” un'associazione per delinquere.

Sebbene, però, tali reati risultino essere, come detto sin qui, non riconducibili a specifiche attività concretamente svolte dal Policlinico – e, quindi, alle relative procedure operative – gli stessi possono essere astrattamente commessi tanto da soggetti apicali che da subordinati. Con riferimento a tale aspetto, assume rilevanza il sistema di prevenzione già in essere nel Policlinico.

Si è infatti ritenuto che, per la prevenzione di detti reati, possano svolgere un'adeguata funzione preventiva i presidi di *corporate governance* già in essere, nonché i principi presenti nel Codice Etico, che costituiscono lo strumento più adeguato per reati come l'associazione per delinquere di cui all'art. 416 c.p., per l'impossibilità di inquadrare all'interno di uno specifico sistema di controlli il numero pressoché infinito di comportamenti che potrebbero essere commessi mediante il vincolo associativo.

Nondimeno, il Policlinico ha in ogni caso individuato una serie di attività in cui soggetti riconducibili ad associazioni criminose, o che comunque svolgono attività illecite, possono entrare in contatto e gestire attività di impresa con il Policlinico stessa. In particolare, sono state individuate le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i citati delitti di criminalità organizzata previsti dall'art. 24-ter del Decreto e reati transnazionali previsti dall'art. 10, L. 146/2006:

- selezione del personale;
- gestione degli acquisti;
- gestione della farmacia
- gestione delle consulenze (sanitarie, di ricerca e altre);
- gestione degli appalti e subappalti (servizi e opere);
- gestione delle operazioni straordinarie (inclusa la creazione di istituti e *joint venture*).
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione del credito;
- gestione accettazione clienti;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- gestione degli *asset* intangibili (marchi, brevetti, licenze, ecc.);
- gestione del *Fund Raising*;
- gestione degli *asset* materiali.

### C3. Protocolli generali e specifici di prevenzione

Per quanto riguarda l'art. 416 bis, delitto che crea un gravissimo allarme sociale, la giurisprudenza da tempo ha elaborato la figura del concorso esterno nell'associazione mafiosa; che si materializza nella condotta di un soggetto esterno all'associazione a delinquere che apporti un contributo determinante al perseguimento degli scopi illeciti. Quindi essendo tale reato astrattamente ipotizzabile, si suggerisce in primo luogo di prevedere nel modello l'impegno degli amministratori ad operare secondo la legge e le regole del mercato, proprie del settore, al fine di garantire il rispetto dei principi di libera concorrenza e a vigilare affinché, allo stesso modo, si comportino tutti coloro che agiscano nell'interesse o a vantaggio della struttura. Sarà vietato perciò l'approfittamento, in qualunque forma, di eventuali condizioni di assoggettamento ambientale, che determinino situazioni di disparità nelle contrattazioni, ovvero intrattenere rapporti commerciali con soggetti che si sa appartenenti ad associazioni di tipo mafioso.

Inoltre, si raccomanda di adottare uno specifico protocollo al fine di prevenire la commissione del reato di cui all'art. 416 bis prevedendo:

- la selezione e la valutazione di affidabilità delle controparti commerciali che hanno rapporti con l'Istituzione sanitaria privata (es: fornitori);
- l'acquisizione di certificato penale generale e certificato dei carichi pendenti all'atto dell'assunzione del personale .

Il modello prevede di limitare, quanto più sia possibile in rapporto alle esigenze di organizzazione, il numero dei soggetti autorizzati all'accesso all'armadio degli stupefacenti, nonché di stabilire che il registro di entrata e uscita affidato come per legge al direttore sanitario, e il registro di carico e scarico degli stupefacenti,

affidato a medici nominati dal direttore sanitario, vengano sottoposti a periodici controlli sulla sua regolare tenuta anche ad opera degli amministratori.

Per le operazioni riguardanti la **selezione del personale**, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- le valutazioni dei candidati siano formalizzate in apposita documentazione, comprendente anche un'autocertificazione, fornita dai candidati stessi, dell'assenza di condanne penali, di cui è garantita l'archiviazione a cura della Direzione del Personale.

Per le operazioni riguardanti la **gestione degli acquisti** e la **gestione degli appalti e subappalti (servizi e opere)**, si applica quanto previsto al paragrafo H.3 della presente Parte Speciale, con riferimento alle corrispondenti attività sensibili. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- per le fatture ricevute dal Policlinico a fronte dell'acquisto di beni e servizi sia verificata l'effettiva corrispondenza delle stesse – con riferimento sia all'esistenza della transazione, sia all'importo della stessa come indicato in fattura – ai contratti, agli ordini di acquisto o alle conferme d'ordine in essere presso il Policlinico.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle consulenze (sanitarie, di ricerca e altre)**, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- per le fatture ricevute dal Policlinico a fronte dell'acquisto di consulenze sia verificata l'effettiva corrispondenza delle stesse – con riferimento sia all'esistenza della transazione, sia all'importo della stessa come indicato in fattura – ai contratti in essere presso il Policlinico.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle operazioni straordinarie (inclusa la creazione di istituti e joint venture)**, i protocolli prevedono che:

- la Funzione proponente l'operazione, o competente in base alle procedure aziendali, predisponga idonea documentazione a supporto dell'operazione proposta, nonché una relazione informativa preliminare che illustri i contenuti, l'interesse sottostante e le finalità strategiche dell'operazione;
- ai fini della registrazione contabile dell'operazione, la Direzione Amministrazione e Finanza verifichi preliminarmente la completezza, l'inerenza e la correttezza della documentazione di supporto dell'operazione;
- siano preventivamente svolti sui Partner commerciali idonei accertamenti strumentali a verificarne l'identità, la sede, la natura giuridica e sia acquisito il "Certificato Antimafia" rilasciato dalla Camera di Commercio o, per le persone fisiche, il casellario giudiziale o una relativa autocertificazione.
- la documentazione riguardante ogni singola operazione sia archiviata allo scopo di garantire la completa tracciabilità della stessa.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle risorse finanziarie**, la **gestione del credito**, la **gestione accettazione clienti**, la **gestione delle sperimentazioni cliniche**, la **gestione degli asset intangibili (marchi, brevetti, licenze, ecc.)**, la **gestione del Fund Raising** e la **gestione degli asset materiali**, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alle corrispondenti attività sensibili.

Con specifico riferimento al delitto di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377-bis c.p.), v. Sez. J della presente Parte Speciale.

#### **C.4. Flussi informativi verso l'OdV**

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

### **D. DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO (ART. 25-BIS.1 DEL DECRETO)**

#### **D.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti delitti contro l'industria ed il commercio:

- **fabbricazione e commercio di beni realizzati usurpando titoli di proprietà industriale**, previsto dall'art 517-ter c.p. e che, salva l'applicazione degli artt. 473 e 474 c.p., e che punisce chiunque, potendo conoscere dell'esistenza del titolo di proprietà industriale, fabbrica o adopera industrialmente

oggetti o altri beni realizzati usurpando un titolo di proprietà industriale o in violazione dello stesso, nonché chi, al fine di trarne profitto, introduce nel territorio dello Stato, detiene per la vendita, pone in vendita con offerta diretta ai consumatori o mette comunque in circolazione tali beni.

- **falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete falsificate** di cui all'art. 453: *“È punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da euro 516 a euro 3.098: 1) chiunque contraffà monete nazionali o straniere, aventi corso legale nello Stato o fuori; 2) chiunque altera in qualsiasi modo monete genuine, col dare ad esse l'apparenza di un valore superiore; 3) chiunque, non essendo concorso nella contraffazione o nell'alterazione, ma di concerto con chi l'ha eseguita ovvero con un intermediario, introduce nel territorio dello Stato o detiene o spende o mette altrimenti in circolazione monete contraffatte o alterate; 4) chiunque, al fine di metterle in circolazione, acquista o comunque riceve, da chi le ha falsificate, ovvero da un intermediario, monete contraffatte o alterate”.*

## D.2. Attività sensibili

il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibile, nell'ambito della quale, potenzialmente, potrebbe essere commesso il citato delitto contro l'industria e il commercio previsto dall'art. 25-bis.1 del Decreto:

- gestione dell'attività di ricerca.
- gestione degli incassi e dei pagamenti

## D.3. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **gestione dell'attività di ricerca**, i protocolli prevedono che:

- sia definito un processo strutturato per l'attività di ricerca, suddiviso per specifiche fasi rilevanti, per ognuna delle quali sia prevista la predisposizione di specifica documentazione, flussi informativi verso gli organi gerarchici superiori e l'autorizzazione degli stessi per il passaggio alla fase successiva;
- siano condotte indagini in merito all'eventuale utilizzo di tecniche di produzione, brevetti o altri diritti di proprietà industriale di terzi;
- qualora siano identificati elementi tali da fare supporre una possibile violazione di proprietà industriale di terzi, siano svolte analisi accurate, anche dando incarico a terzi specialisti, e ne sia mantenuta traccia.

## D.4. Flussi informativi verso l'OdV

I Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

Per quanto riguarda l'attività di spendita di monete falsificate, detenzione, uso o messa in circolazione di valori di bollo alterati o contraffatti porranno particolare attenzione agli incassi e ai pagamenti.

Anche qui, in via esemplificativa, si dovranno prevedere le concrete modalità di effettuazione degli incassi e dei pagamenti e quelle adatte ad identificare i soggetti che abbiano effettuato le operazione di cassa per contante.

## **E. REATI SOCIETARI (ART. 25-TER DEL DECRETO)**

### **E.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti reati societari:

- **false comunicazioni sociali**, previsto dall'art. 2621 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori, dei direttori generali, dei dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, dei sindaci e dei liquidatori i quali, con l'intenzione di ingannare i soci o il pubblico e al fine di conseguire per sé o per altri un ingiusto profitto, nei bilanci, nelle relazioni o nelle altre comunicazioni sociali previste dalla legge, dirette ai soci o al pubblico, espongono fatti materiali non rispondenti al vero ancorché oggetto di valutazioni ovvero omettono informazioni la cui comunicazione è imposta dalla legge sulla situazione economica, patrimoniale, o finanziaria della società o del gruppo al quale essa appartiene, alterandola in modo sensibile e idoneo ad indurre in

- errore i destinatari sulla predetta situazione. La punibilità è estesa anche al caso in cui le informazioni riguardino beni posseduti od amministrati dal Policlinico per conto di terzi;
- **false comunicazioni sociali in danno del Policlinico, dei soci o dei creditori**, previsto dall'art. 2622 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori, dei direttori generali, dei dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, dei sindaci e dei liquidatori i quali, con l'intenzione di ingannare i soci o il pubblico e al fine di conseguire per sé o per altri un ingiusto profitto, nei bilanci, nelle relazioni o nelle altre comunicazioni sociali previste dalla legge, dirette ai soci o al pubblico, esponendo fatti materiali non rispondenti al vero ancorché oggetto di valutazioni, ovvero omettendo informazioni la cui comunicazione è imposta dalla legge sulla situazione economica, patrimoniale o finanziaria del Policlinico o del gruppo al quale essa appartiene, alterandola in modo sensibile e idoneo ad indurre in errore i destinatari sulla predetta situazione, cagionano un danno patrimoniale al Policlinico, ai soci o ai creditori;
  - **impedito controllo**, previsto dall'art. 2625 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori i quali, occultando documenti o con altri idonei artifici, impediscono o comunque ostacolano lo svolgimento delle attività di controllo legalmente attribuite ai soci o ad altri organi sociali;
  - **indebita restituzione dei conferimenti**, previsto dall'art. 2626 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori i quali, fuori dei casi di legittima riduzione del capitale sociale, restituiscono, anche simulatamente, i conferimenti ai soci o li liberano dall'obbligo di eseguirli;
  - **illegale ripartizione degli utili e delle riserve**, previsto dall'art. 2627 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori che ripartiscono utili o acconti su utili non effettivamente conseguiti o destinati per legge a riserva, ovvero che ripartiscono riserve, anche non costituite con utili, che non possono per legge essere distribuite;
  - **illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o del Policlinico controllante**, previsto dall'art. 2628 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori i quali, fuori dei casi consentiti dalla legge, acquistano o sottoscrivono azioni o quote sociali, cagionando una lesione all'integrità del capitale sociale o delle riserve non distribuibili per legge; ovvero dagli amministratori che, fuori dei casi consentiti dalla legge, acquistano o sottoscrivono azioni o quote emesse dal Policlinico controllante, cagionando una lesione del capitale sociale o delle riserve non distribuibili per legge;
  - **operazioni in pregiudizio dei creditori**, previsto dall'art. 2629 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori i quali, in violazione delle disposizioni di legge a tutela dei creditori, effettuano riduzioni del capitale sociale o fusioni con altra società o scissioni, cagionando danno ai creditori;
  - **formazione fittizia del capitale**, previsto dall'art. 2632 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori e dei soci conferenti i quali, anche in parte, formano od aumentano fittiziamente il capitale sociale mediante attribuzioni di azioni o quote in misura complessivamente superiore all'ammontare del capitale sociale, sottoscrizione reciproca di azioni o quote, sopravvalutazione rilevante dei conferimenti di beni in natura o di crediti ovvero del patrimonio del Policlinico nel caso di trasformazione;
  - **corruzione tra privati**, previsto dall'art. 2635, comma 3 c.c. e costituito dalla condotta di colui che dà o promette denaro o altra utilità agli amministratori, i direttori generali, i dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, i sindaci e i liquidatori, nonché a coloro che sono sottoposti alla direzione o alla vigilanza di detti soggetti, affinché, per sé o per altri, compiano o omettano atti in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento al Policlinico;
  - **aggiotaggio**, previsto dall'art. 2637 c.c. e costituito dalla condotta di chiunque diffonde notizie false, ovvero pone in essere operazioni simulate o altri artifici concretamente idonei a provocare una sensibile alterazione del prezzo di strumenti finanziari non quotati o per i quali non è stata presentata una richiesta di ammissione alle negoziazioni in un mercato regolamentato, ovvero ad incidere in modo significativo sull'affidamento che il pubblico ripone nella stabilità patrimoniale di banche o di gruppi bancari;
  - **ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza**, previsto dall'art. 2638 c.c. e costituito dalla condotta degli amministratori, dei direttori generali, dei dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, dei sindaci e dei liquidatori di società o enti e degli altri soggetti sottoposti per legge alle autorità pubbliche di vigilanza, o tenuti ad obblighi nei loro confronti i quali nelle comunicazioni alle predette autorità previste in base alla legge, al fine di ostacolare l'esercizio delle funzioni di vigilanza, espongono fatti materiali non rispondenti al vero, ancorché oggetto di valutazioni, sulla situazione economica, patrimoniale o finanziaria dei sottoposti alla vigilanza ovvero, allo stesso fine, occultano con altri mezzi fraudolenti, in tutto o in parte fatti

che avrebbero dovuto comunicare, concernenti la situazione medesima, anche nel caso in cui le informazioni riguardino beni posseduti o amministrati dal Policlinico per conto di terzi; ovvero dal fatto commesso dagli amministratori, dai direttori generali, dai sindaci e dai liquidatori di società, o enti e gli altri soggetti sottoposti per legge alle autorità pubbliche di vigilanza o tenuti ad obblighi nei loro confronti, i quali, in qualsiasi forma, anche omettendo le comunicazioni dovute alle predette autorità, consapevolmente ne ostacolano le funzioni.

## E.2. Attività sensibili

il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i citati reati societari previsti dall'art. 25-ter del Decreto:

- rilevazione, registrazione e rappresentazione della realtà d'impresa nelle scritture contabili;
- valutazioni e stime di poste soggettive relative al bilancio;
- gestione dei rapporti con il Policlinico di revisione e con il Collegio Sindacale;
- conservazione di documenti su cui altri organi sociali potrebbero esercitare il controllo (ad es. libri sociali);
- rapporti con enti pubblici che svolgono attività regolatorie e di vigilanza;
- aggiornamento del piano dei conti;
- gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione;
- negoziazione e stipula dei contratti/convenzioni/varianti contrattuali attivi con soggetti privati;
- gestione delle attività di partecipazione a bandi e gare con enti privati o con la PA;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- fatturazione a enti privati di prestazioni assistenziali e di ricerca;
- gestione del contenzioso;
- gestione del *Fund Raising*;
- gestione dei rapporti con assicurazioni;
- gestione delle certificazioni, autorizzazioni, licenze e concessioni per l'esercizio dell'attività.

## E.3. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **rilevazione, registrazione e rappresentazione della realtà d'impresa nelle scritture contabili**, le **valutazioni e stime di poste soggettive relative al bilancio** e l'**aggiornamento del piano dei conti**, i protocolli prevedono che:

- siano adottati un manuale contabile o in alternativa delle procedure contabili chiare, ovviamente scritte, costantemente aggiornati, ove siano indicati con chiarezza i dati e le notizie che ciascuna Funzione o Unità Organizzativa deve fornire nonché i criteri contabili per l'elaborazione dei dati e la tempistica per la loro trasmissione alle Funzioni responsabili;
- tutte le operazioni di rilevazione e registrazione delle attività di impresa siano effettuate con correttezza e nel rispetto dei principi di veridicità e completezza;
- i responsabili delle diverse Funzioni aziendali forniscano alla Direzione Amministrazione e Finanza le informazioni loro richieste in modo tempestivo e attestando, ove possibile, la completezza e la veridicità delle informazioni, o indicando i soggetti che possano fornire tale attestazione;
- siano inserite nel Codice etico specifiche previsioni riguardanti il corretto comportamento di tutti i dipendenti coinvolti nelle attività di formazione del bilancio o di altri documenti similari, così da garantire:
  - o massima collaborazione;
  - o completezza e chiarezza delle informazioni fornite;
  - o accuratezza dei dati e delle elaborazioni;
  - o tempestiva segnalazione di eventuali conflitti di interesse.
- sia svolta attività di formazione di base verso tutti i responsabili di funzione, affinché conoscano almeno le principali nozioni sul bilancio (norme di legge sanzioni, principi contabili, ecc.);
- sia prevista per il responsabile di funzione che fornisce dati ed informazioni relative al bilancio o ad altre comunicazioni sociali dell'obbligo di sottoscrivere una dichiarazione di veridicità e completezza delle informazioni trasmesse. Nella dichiarazione andrà di volta in volta asseverato ciò che obiettivamente e concretamente il soggetto responsabile può documentalmente dimostrare (anche a seguito di verifica successiva) sulla base dei dati in suo possesso, evitando, nell'interesse stesso dell'efficacia dei protocolli, affermazioni generali e generiche. Ciò anche al fine di evidenziare la



necessità che i protocolli disciplinino efficacemente e conseguentemente responsabilizzino tutti i singoli passaggi di un procedimento che generalmente solo nella sua conclusione incontra un soggetto qualificabile come "Responsabile di funzione".

- qualora utile per la comprensione dell'informazione, i responsabili delle diverse Funzioni aziendali indichino i documenti o le fonti originarie dalle quali sono tratte ed elaborate le informazioni trasmesse, e, ove possibile, ne alleghino copia;
- la rilevazione, la trasmissione e l'aggregazione delle informazioni contabili finalizzate alla predisposizione delle comunicazioni sociali avvenga esclusivamente tramite modalità che possano garantire la tracciabilità dei singoli passaggi del processo di formazione dei dati e l'identificazione dei soggetti che inseriscono i dati nel sistema;
- i profili di accesso a tale sistema siano identificati dalla Direzione Sistemi informativi che garantisca la separazione delle funzioni e la coerenza dei livelli autorizzativi;
- eventuali significative modifiche alle poste di bilancio o ai criteri di contabilizzazione delle stesse siano adeguatamente autorizzate secondo le procedure aziendali e le deleghe interne;
- la richiesta da parte di chiunque di ingiustificate variazioni dei criteri di rilevazione, registrazione e rappresentazione contabile o di variazione quantitativa dei dati rispetto a quelli già contabilizzati in base alle procedure operative del Policlinico, sia oggetto di immediata comunicazione all'Organismo di Vigilanza;
- le bozze del bilancio e degli altri documenti contabili siano messi a disposizione degli amministratori con ragionevole anticipo rispetto alla riunione del Consiglio d'Amministrazione chiamato a deliberare sull'approvazione del bilancio;
- sono auspicabili uno o più incontri tra l'Organismo di Vigilanza e il Responsabile amministrativo, focalizzati sul bilancio, con eventuali approfondimenti ed analisi documentali di fattispecie di particolare rilievo e complessità presenti nella bozza predisposta, curando la stesura del relativo verbale firmato da entrambi;
- è auspicabile almeno un incontro all'anno, in prossimità della riunione del Consiglio di Amministrazione, tra Organismo di Vigilanza e Collegio sindacale avente per oggetto il bilancio (con relativa nota integrativa), con redazione di verbale.

Dovrebbero essere previsti appositi protocolli per le seguenti attività, per quanto applicabili:

- Gestione dei rapporti con i Soci, con i Sindaci, eventualmente con la Società di revisione e con altre Autorità e Organismi;
- Convocazione, svolgimento e verbalizzazione delle Assemblee;
- Gestione dei conferimenti, degli utili e delle riserve, delle operazioni sulle partecipazioni e sul capitale;
- Gestione delle operazioni straordinarie e di quelle di acquisto/vendita di strumenti finanziari;
- Gestione delle comunicazioni e dell'informativa verso Autorità di Vigilanza.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei rapporti con il Policlinico di revisione e con il Collegio Sindacale** e la **conservazione di documenti su cui altri organi sociali potrebbero esercitare il controllo (ad es. libri sociali)**, i protocolli prevedono che:

- per ciascuna Funzione sia individuato un Responsabile della raccolta e dell'elaborazione delle informazioni richieste e trasmesse al Collegio Sindacale ed al Policlinico di revisione, previa verifica della loro completezza, inerenza e correttezza;
- le trasmissioni di dati e informazioni, nonché ogni rilievo, comunicazione o valutazione espressa ufficialmente dai Soci, dal Collegio Sindacale e dal Policlinico di revisione siano documentati e conservati;
- tutti i documenti relativi ad operazioni all'ordine del giorno delle riunioni dell'Assemblea o, comunque, relativi a operazioni sulle quali il Collegio Sindacale o il Policlinico di revisione debbano esprimere un parere, siano comunicati e messi a disposizione con ragionevole anticipo;
- siano formalizzati i criteri di selezione, valutazione e di conferimento dell'incarico al Policlinico di revisione;
- sia garantito ai Soci, al Collegio Sindacale ed alle Società di revisione il libero accesso alla contabilità aziendale e a quanto altro richiesto per un corretto svolgimento dell'incarico o dell'attività di controllo;
- è previsto che qualunque operazione sia preceduta da una attenta verifica in ordine alla consistenza dello stato patrimoniale della società, munendosi, se del caso, dei preventivi pareri degli organi di controllo.

Per le operazioni riguardanti i **rapporti con enti pubblici che svolgono attività regolatorie e di vigilanza**, si applica quanto previsto dai protocolli di prevenzione di cui al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento all'attività sensibile **gestione delle verifiche ispettive**. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- il processo di acquisizione ed elaborazione delle informazioni assicuri la corretta e completa predisposizione delle comunicazioni e il loro puntuale invio alle Autorità di Vigilanza, secondo le modalità e i tempi previsti dalla normativa di settore;
- sia data adeguata evidenza delle procedure seguite in attuazione di quanto richiesto al precedente punto, con particolare riferimento all'individuazione dei responsabili della raccolta e dell'elaborazione delle informazioni richieste e trasmesse alle Autorità di Vigilanza;
- sia assicurata, in caso di accertamenti ispettivi svolti dalle Autorità in questione, un'adeguata collaborazione da parte delle Funzioni aziendali competenti. A tal fine, è individuato in ambito aziendale un Responsabile incaricato di assicurare il coordinamento tra i Responsabili delle diverse Funzioni aziendali;
- il Responsabile incaricato di cui al punto precedente invii il verbale rilasciato dall'Autorità all'Organismo di Vigilanza o in alternativa rediga un'apposita informativa sull'indagine avviata dall'Autorità.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione**, si applica quanto previsto al paragrafo B.3 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile.

Per le operazioni riguardanti la **negoiazione e stipula dei contratti/convenzioni/varianti contrattuali attivi con soggetti privati**, la **gestione delle attività di partecipazione a bandi e gare con enti privati o con la PA**, la **gestione delle sperimentazioni cliniche** e la **fatturazione a enti privati di prestazioni assistenziali e di ricerca**, i protocolli prevedono che:

- non vi sia identità soggettiva tra il soggetto che gestisce il rapporto contrattuale con il cliente ed il soggetto che approva definitivamente l'accordo, apponendovi la propria sottoscrizione;
- il Responsabile della Funzione coinvolta che approva l'accordo:
  - o conservi la documentazione relativa all'operazione in un apposito archivio, al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi;
  - o informi l'OdV di qualsiasi criticità possa riscontrarsi nel processo;
- siano preventivamente definiti:
  - o le attività svolte ai fini della ricerca di soggetti con cui stipulare contratti o opportunità di partecipazione a gare;
  - o i criteri da utilizzare ai fini della determinazione di un prezzo di offerta;
  - o i livelli di autorizzazione necessari ai fini dell'approvazione del prezzo e degli eventuali sconti;
- sia previsto un sistema di *reporting* verso il Responsabile della Funzione coinvolta contenente informazioni in merito alle controparti o potenziali controparti incontrate, esito degli incontri, principali problematiche emerse, ecc.;
- tutti gli atti, le richieste e le comunicazioni formali inerenti la partecipazione a gare debbano essere gestiti e siglati solo dai soggetti preventivamente identificati ed autorizzati dal Policlinico;
- in ogni gara, tutti i dipendenti operino nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti, nonché della corretta pratica commerciale e delle procedure aziendali in essere.

Per le operazioni riguardanti la **gestione del contenzioso** e la **gestione del Fund Raising**, si applica quanto previsto dai protocolli di prevenzione di cui al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alle corrispondenti attività sensibili.

Per le operazioni riguardanti la **predisposizione di bandi di gara/partecipazione a procedure competitive finalizzati alla negoziazione o stipula di contratti attivi, cioè in grado di generare un ricavo per la società; la negoziazione, stipula e gestione di contratti attivi con banche, assicurazioni, società, consorzi, fondazioni associazioni e altri enti privati, anche privi di personalità giuridica, che svolgono attività professionale e di impresa; gestione dei rapporti con società, consorzi, fondazioni associazioni e altri enti privati, anche privi di personalità giuridica, che svolgono attività professionale e di impresa, dal cui mancato svolgimento possa derivare un vantaggio per la società o per le quali la stessa possa avere un interesse (per esempio, analisti finanziari, mass media, agenzie di rating, organismi di certificazione e di valutazione di conformità, etc.); selezione dei fornitori di beni e servizi, negoziazione e stipula dei relativi contratti; gestione di contratti per l'acquisto di beni e servizi**, i protocolli (finalizzati a prevenire la corruzione tra privati) prevedono che:

- il Codice Etico e/o i protocolli interni, oltre a prevedere le norme di comportamento sopra enunciate ed applicabili a tutti i reati societari, disciplinano i rapporti con tali soggetti e prevedere sanzioni *ad hoc* in caso di loro violazione;
- nella negoziazione e stipula di contratti attivi, vengono adottati e attuati uno o più strumenti normativi e/o organizzativi che nell'ambito della negoziazione e stipula di contratti attivi prevedano:
  - o l'*iter* di definizione e attuazione delle politiche commerciali;
  - o le modalità ed i parametri per la determinazione del prezzo e della congruità dello stesso rispetto ai riferimenti di mercato, tenuto conto dell'oggetto del contratto e delle quantità;
  - o previsioni contrattuali standardizzate in relazione alla natura e tipologia di contratto, ivi incluse previsioni contrattuali finalizzate all'osservanza di principi di controllo/regole etiche nella gestione delle attività da parte del terzo, e le attività da seguirsi in caso di eventuali scostamenti;
  - o l'approvazione del contratto da parte di adeguati livelli autorizzativi.
- Nella gestione di contratti attivi devono essere adottati e attuati uno o più strumenti normativi e/o organizzativi che nell'ambito della gestione dei contratti attivi prevedano:
  - o in caso di contratto aperto, la verifica della coerenza dell'ordine rispetto ai parametri previsti nel contratto medesimo;
  - o la verifica della completezza ed accuratezza della fattura rispetto al contenuto del contratto/ordine, nonché rispetto ai beni/servizi prestati;
  - o ove applicabile, la verifica - anche a campione - della conformità della fatturazione alle prescrizioni di legge;
  - o i criteri e le modalità per l'emissione di note di debito e note di credito.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei rapporti con assicurazioni** e la **gestione delle certificazioni, autorizzazioni, licenze e concessioni per l'esercizio dell'attività**, i protocolli prevedono che:

- tutti gli atti, le richieste, le comunicazioni formali che hanno come destinatari le compagnie di assicurazione e gli enti certificatori siano sempre preventivamente autorizzati e successivamente sottoscritti secondo quanto previsto dalle deleghe interne, dalle procure e dalle procedure aziendali;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione identifichi gli strumenti più adeguati per garantire che i rapporti tenuti dalla propria funzione con le compagnie di assicurazione e gli enti certificatori siano trasparenti, documentati e verificabili;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione e/o il soggetto aziendale previsto dalle normative interne autorizzino preventivamente l'utilizzo di dati e di informazioni riguardanti la Società e destinati ad atti, comunicazioni, attestazioni e richieste di qualunque natura inoltrate o aventi come destinatari le compagnie di assicurazione o gli enti certificatori;
- il Responsabile interno per l'attuazione dell'operazione e/o il soggetto aziendale previsto dalle normative interne verifichino preventivamente che i documenti, le dichiarazioni e le informazioni trasmesse dal Policlinico alle compagnie di assicurazione e agli enti certificatori siano complete e veritiere.

#### **E.4. Flussi informativi verso l'OdV**

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le ulteriori informazioni individuate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

### **F. ABUSI DI MERCATO (ART. 25-SEXIES DEL DECRETO)**

#### **F.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i reati di abusi di mercato:

- **abuso di informazioni privilegiate**, previsto dall'art. 184 TUF e costituito dalla condotta (punita anche con sanzione amministrativa ai sensi dell'art. 187-*bis* TUF) di chi, essendo in possesso di informazioni privilegiate in ragione della sua qualità di membro di organi di amministrazione, direzione o controllo dell'emittente, della partecipazione al capitale dell'emittente, ovvero

dell'esercizio di un'attività lavorativa, di una professione o di una funzione, anche pubblica, o di un ufficio, o a motivo della preparazione o esecuzione di attività delittuose:

- acquista, vende o compie altre operazioni, direttamente o indirettamente, per conto proprio o per conto di terzi, su strumenti finanziari utilizzando le informazioni medesime;
- comunica tali informazioni ad altri, al di fuori del normale esercizio del lavoro, della professione, della funzione o dell'ufficio;
- raccomanda o induce altri, sulla base di esse, al compimento di taluna delle operazioni indicate;
- **manipolazione del mercato**, previsto dall'art. 185 TUF e costituito dalla condotta (punita anche con sanzione amministrativa ai sensi dell'art. 187-ter TUF) di chi diffonde notizie false o pone in essere operazioni simulate o altri artifici concretamente idonei a provocare una sensibile alterazione del prezzo di strumenti finanziari.

### F.2. Attività sensibili

il Policlinico ha individuato la seguente attività sensibile, nell'ambito della quale, potenzialmente, potrebbero essere commessi i reati di abusi di mercato previsti dall'art. 25-sexies del Decreto:

- gestione delle informazioni privilegiate e comunicazione al mercato.

### F.3. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle informazioni privilegiate e comunicazione al mercato**, i protocolli prevedono che:

- siano identificate, a cura delle Funzioni competenti, le aree di attività nell'ambito delle quali abitualmente o potenzialmente si originano informazioni privilegiate o potenzialmente privilegiate, anche mediante la predisposizione di casistiche ed elenchi esemplificativi di potenziali informazioni. Qualora l'informazione riguardi eventi o procedimenti decisionali a più fasi, devono essere identificati i criteri per valutare il momento a decorrere dal quale l'informazione stessa
- debba essere sottoposta alle procedure di gestione delle informazioni privilegiate (informazione destinata a diventare privilegiata);
- non sia consentito, attraverso le modalità che saranno ritenute più opportune, l'accesso, anche accidentale, alle informazioni privilegiate o destinate a divenire tali da parte di persone diverse da quelle che, in ragione dell'attività lavorativa o professionale ovvero in ragione delle funzioni svolte, gestiscono e hanno legittimo accesso alle suddette informazioni;
- i documenti contenenti informazioni privilegiate o destinate a diventare tali siano conservati in luoghi o su sistemi informatici ad accesso limitato e adeguatamente vigilati, anche attraverso strumenti informatici, al fine di impedire la duplicazione, la trasmissione o l'asportazione indebita di documenti di qualsivoglia natura, contenenti le informazioni privilegiate o destinate a diventare privilegiate o la loro indebita apprensione;
- le informazioni rilevanti comunicate internamente mediante posta elettronica siano protette da eventuali rischi di diffusione impropria;
- in caso di legittima comunicazione di informazioni privilegiate a soggetti esterni al Policlinico (ad es., consulenti, società di revisione), siano predisposte clausole contrattuali che vincolano la parte terza alla riservatezza dell'informazione, eventualmente prevedendo l'adozione da parte di tali soggetti di idonee misure di protezione dell'informazione ricevuta;
- nessuna informazione privilegiata o destinata a divenire tale possa essere divulgata a terzi senza la preventiva valutazione dell'Amministratore Delegato o del Presidente o del Vice Presidente;
- sia identificato il soggetto competente alla comunicazione al pubblico dell'informazione privilegiata o destinata a divenire tale e sia previsto il momento in cui la comunicazione deve essere effettuata;
- sia garantita a cura della Funzione competente la veridicità, la completezza e la correttezza delle informazioni concernenti il Policlinico o le società appartenenti al Gruppo destinate al pubblico e, in particolare, a investitori, analisti finanziari, giornalisti o altri rappresentanti dei mezzi di comunicazione di massa;
- le richieste di incontri e la definizione generale del contenuto delle interviste e degli incontri con rappresentanti di mezzi di comunicazione devono essere indirizzate per l'approvazione all'Amministratore Delegato, al Presidente e al Vice Presidente;
- l'organizzazione e la partecipazione agli incontri, in qualunque forma tenuti, con investitori, analisti finanziari, giornalisti o altri rappresentanti dei mezzi di comunicazione di massa avvenga esclusivamente a cura delle Funzioni competenti e nel rispetto delle vigenti procedure di autorizzazione e di controllo interno;

- agli incontri con investitori, analisti finanziari, giornalisti o altri rappresentanti dei mezzi di comunicazione di massa partecipano sempre almeno due soggetti e, fra questi, un esponente della Funzione aziendale competente.
- qualora ad un Amministratore, Dipendente o collaboratore del Policlinico sia notificata una comunicazione di avvenuta iscrizione nel registro delle persone aventi accesso ad informazioni privilegiate di una società emittente strumenti finanziari quotati in un mercato comunitario, i nominativi del personale e dei collaboratori coinvolti siano inseriti in un apposito elenco, unitamente ai motivi di iscrizione;
- nel momento della iscrizione, sia comunicato espressamente alle persone iscritte il divieto di divulgazione delle informazioni in relazione alle quali gli stessi sono stati iscritti nell'elenco; inoltre, alle persone che non siano già tenute per legge o per vincoli contrattuali in essere con il Policlinico alla riservatezza delle informazioni sopra indicate, venga fatto sottoscrivere un apposito impegno di riservatezza e non divulgazione riferito a tali informazioni;
- a tali informazioni si applicano i presidi di controllo applicabili alle informazioni privilegiate originatesi all'interno del Policlinico o di altra società del Gruppo inerenti l'accesso e la segregazione delle informazioni stesse;
- qualora il Policlinico abbia notizia della diffusione delle informazioni di cui ai punti precedenti, ne informi tempestivamente il Policlinico emittente;
- ogni qual volta il Policlinico si appresti a effettuare operazioni di acquisto/vendita su titoli/strumenti finanziari quotati su mercati regolamentati comunitari, la decisione sull'operazione venga presa solo considerando:
  - o se i titoli/strumenti finanziari oggetto dell'operazione riguardino società emittenti con riferimento alle quali personale o Collaboratori del Policlinico siano stati inseriti nel registro delle persone aventi accesso ad informazioni privilegiate;
  - o le motivazioni e l'opportunità dell'operazione;
- la documentazione riguardante le operazioni sia archiviata ad opera della Direzione Amministrazione e Finanza, allo scopo di garantire la completa tracciabilità delle stesse.

#### F.4. Flussi informativi verso l'OdV

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

### **G. OMICIDIO COLPOSO O LESIONI GRAVI O GRAVISSIME COMMESSI CON VIOLAZIONE DELLE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (ART. 25-SEPTIES DEL DECRETO)**

#### G.1. Reati potenzialmente rilevanti

Sulla base delle analisi condotte sono astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i delitti di **omicidio colposo** e di **lesioni personali colpose** gravi o gravissime, commessi con violazione della normativa antinfortunistica e sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gli artt. 589 e 590, comma 3 c.p., richiamati dall'art. 25-septies del Decreto, sanzionano chiunque, per colpa, cagioni rispettivamente la morte di una persona ovvero le arrechti lesioni personali gravi o gravissime<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Art. 589 c.p. Omicidio colposo: «Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme [...] per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a cinque anni. [...] Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni quindici».

Art. 590 c.p. Lesioni personali colpose: «Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a € 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da € 123 a € 619; se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da € 309 a € 1.239. Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme [...] per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da € 500 a € 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni. [...] Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la

Per “lesione” si intende l’insieme degli effetti patologici costituenti malattia, ossia quelle alterazioni organiche e funzionali conseguenti al verificarsi di una condotta violenta: la lesione è grave se la malattia ha messo in pericolo la vita della vittima, ha determinato un periodo di convalescenza superiore ai quaranta giorni, ovvero ha comportato l’indebolimento permanente della potenzialità funzionale di un senso o di un organo. È gravissima se la condotta ha determinato una malattia probabilmente insanabile (con effetti permanenti non curabili) oppure ha cagionato la perdita totale di un senso, di un arto, della capacità di parlare correttamente o di procreare, la perdita dell’uso di un organo ovvero ha deformato o sfregiato il volto della vittima.

L’evento dannoso, sia esso rappresentato dalla lesione grave o gravissima o dalla morte, può essere perpetrato tramite un comportamento attivo (l’agente pone in essere una condotta con cui lede l’integrità di un altro individuo), ovvero mediante un atteggiamento omissivo (l’agente non interviene a impedire l’evento dannoso che ha il dovere giuridico di impedire). Un soggetto risponde della propria condotta omissiva, lesiva della vita o dell’incolumità fisica di una persona, soltanto se riveste nei confronti della vittima una posizione di garanzia (se ha, cioè, il dovere giuridico di impedire l’evento lesivo), che può avere origine da un contratto oppure dalla volontà unilaterale dell’agente. L’ordinamento individua nel datore di lavoro<sup>7</sup> il garante “dell’integrità fisica e della personalità morale dei prestatori di lavoro” e la sua posizione di garanzia è comunque trasferibile ad altri soggetti, a patto che la relativa delega sia sufficientemente specifica, predisposta mediante atto scritto e idonea a trasferire tutti i poteri autoritativi e decisori necessari per tutelare l’incolumità dei lavoratori subordinati. Il prescelto a ricoprire l’incarico deve essere persona capace e competente per la materia oggetto del trasferimento di responsabilità. Di norma, quindi, si ravviserà una condotta attiva nel soggetto che svolge direttamente mansioni operative e che materialmente danneggia altri, mentre la condotta omissiva sarà usualmente ravvisabile nel soggetto che non ottempera agli obblighi di vigilanza e controllo (ad es. datore di lavoro, dirigente, preposto) e in tal modo non interviene ad impedire l’evento.

Sotto il profilo soggettivo, l’omicidio o le lesioni rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa degli enti dovranno essere realizzati mediante colpa: tale profilo di imputazione soggettiva può essere generico (violazione di regole di condotta cristallizzate nel tessuto sociale in base a norme di esperienza imperniate sui parametri della diligenza, prudenza e perizia) o specifico (violazione di regole di condotta positivizzate in leggi, regolamenti, ordini o discipline). In ciò vi è una profonda differenza rispetto ai criteri di imputazione soggettiva previsti per le altre figure delittuose richiamate dal D.Lgs. 231/2001, tutte punite a titolo di dolo: in tali casi è necessario che il soggetto agisca rappresentandosi e volendo la realizzazione dell’evento - conseguenza della propria condotta delittuosa, non essendo sufficiente un comportamento imprudente o imperito in relazione alla stessa.

Ai sensi del D.Lgs. 231/2001, la condotta lesiva dell’agente che integra i reati di omicidio e lesioni colpose gravi o gravissime deve essere necessariamente aggravata, ossia conseguire alla violazione di norme antinfortunistiche concernenti la tutela della sicurezza, dell’igiene e della salute sul lavoro. Ai fini dell’implementazione del Modello è necessario comunque considerare che:

- il rispetto degli standard minimi di sicurezza previsti dalla normativa specifica di settore non esaurisce l’obbligo di diligenza complessivamente richiesto;
- è necessario garantire l’adozione di standard di sicurezza tali da minimizzare (e, se possibile, eliminare) ogni rischio di infortunio e malattia, anche in base all’esperienza, alla particolarità della mansione e alle migliori tecnica e scienza conosciute, secondo il principio della massima sicurezza tecnica-organizzativa-procedurale (art. 2087 c.c.);
- non esclude tutte le responsabilità in capo alla persona fisica o all’ente il comportamento perfino imprudente ma prevedibile del lavoratore infortunato che abbia dato occasione all’evento, quando quest’ultimo sia da ricondurre, comunque, alla mancanza o insufficienza delle cautele che, se adottate, avrebbero neutralizzato il rischio sotteso a un siffatto comportamento. La responsabilità è esclusa solo in presenza di comportamenti del lavoratore che presentino il carattere dell’eccezionalità, dell’abnormità o dell’esorbitanza rispetto al procedimento lavorativo, alle direttive organizzative ricevute dal datore di lavoro, dai dirigenti, dai preposti e alla comune prudenza.

---

pena della reclusione non può superare gli anni cinque. Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all’igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale».

<sup>7</sup> Soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l’assetto dell’organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell’organizzazione stessa o dell’unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa (art. 2, comma 1, lett. b) D.Lgs. 81/2008).

Sotto il profilo dei soggetti tutelati, le norme antinfortunistiche non tutelano solo i dipendenti, ma tutte le persone che legittimamente si introducono nei locali adibiti allo svolgimento della prestazione lavorativa. Per quanto concerne i soggetti attivi, possono commettere queste tipologie di reato coloro che, in ragione della loro mansione, svolgono attività sensibili in materia; ad es.:

- il lavoratore che, attraverso le proprie azioni e/o omissioni, può pregiudicare la propria ed altrui salute e sicurezza, e che deve collaborare all'attuazione delle misure di prevenzione;
- il dirigente (Garante organizzativo) ed il preposto (garante della vigilanza) , ai quali possono competere, tra gli altri, i compiti di coordinamento e supervisione delle attività, di formazione e di informazione;
- il datore di lavoro (garante strutturale), quale principale attore nell'ambito della prevenzione e protezione, che deve valutare ogni rischio presente durante l'attività avvalendosi del servizio di prevenzione e protezione;
- il progettista, al quale compete il rispetto dei principi di prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, sin dal momento delle proprie scelte progettuali e tecniche;
- il fabbricante, l'installatore ed il manutentore che, nell'ambito delle rispettive competenze, devono assicurare il rispetto delle norme tecniche applicabili;
- il committente, al quale competono, secondo le modalità definite dalla normativa, la gestione ed il controllo dei lavori affidati in appalto;
- il collaboratore che è inquadrato come lavoratore autonomo dalla legge prevenzionistica, e deve usare i dispositivi tecnici in sicurezza;
- il medico competente, ed il medico autorizzato che provvede alla sorveglianza sanitaria e collabora alla valutazione dei rischi;
- l'appaltatore, e il subappaltatore cui vengono affidati servizi, lavori, opere, da realizzarsi in sicurezza;
- il Responsabile dle Servizio Prevenzione e Protezione (Rspp), che con gli addetti individua e valuta tutti i fattori di rischio e elabora per quanto di competenza procedure e sistemi di controllo sull'applicazione delle stesse;

## G.2. Attività sensibili

### G.2.1. Premessa

Per definire preliminarmente le attività sensibili, ai sensi del D.Lgs. 231/2001, occorre considerare le attività entro le quali si possono verificare gli infortuni e quelle nell'ambito delle quali può essere commesso, da parte di membri dell'organizzazione, un reato per violazione colposa della normativa e delle misure di prevenzione esistenti a tutela della salute, dell'igiene e della sicurezza sui luoghi di lavoro. A tale fine, la Società ha reputato strategico trarre spunto da due importanti strumenti di controllo e di gestione:

- la valutazione di tutti i rischi prevista dalla vigente normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza;
- la Norma BS OHSAS 18001:2007.

Attraverso la valutazione dei rischi si sono individuate le condizioni ove, ragionevolmente, è possibile si manifestino degli eventi lesivi.

L'adozione efficace di un Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro realizzato in conformità con la Norma BS OHSAS 18001:2007 è riconosciuta dal legislatore, nelle parti in cui può trovare applicabilità, come una modalità atta a cogliere gli obiettivi di corretta gestione della salute e sicurezza sul lavoro; pertanto, così come previsto dall'art. 30, D.Lgs. 81/2008, un modello organizzativo realizzato secondo tale norma risulterebbe presumibilmente conforme ai fini esimenti previsti dal D.Lgs. 231/2001.

il Policlinico ha perciò tratto ispirazione dalla Norma BS OHSAS 18001:2007, con l'obiettivo di mettere sotto controllo le proprie attività, controllare che le stesse siano, dal punto di vista della tutela della sicurezza e salute, conformi a quanto previsto da leggi, norme e regolamenti locali, nazionali ed europei e organizzare nel complesso l'intera struttura.

### G.2.2. Le attività sensibili

Le attività sensibili individuate con riferimento ai reati richiamati dall'art. 25-septies, D.Lgs. 231/2001 sono suddivise come segue:

- *attività a rischio di infortunio e malattia professionale*, individuate dal Documento di Valutazione dei Rischi aziendali di cui all'art. 28, D.Lgs. 81/2008 redatto dal datore di lavoro, ed intese come le attività dove potenzialmente si possono materializzare gli infortuni e le malattie professionali;

- *attività a rischio di reato*, intese come le attività che possono potenzialmente originare i reati di cui all'art. 25-*septies* del Decreto, ovvero omicidio colposo e lesioni personali colpose, per le quali è doveroso adottare le misure previste dal Documento di Valutazione dei rischi, che se omesse o inefficacemente attuate potrebbero integrare una responsabilità colposa, e che costituiscono l'elemento centrale per adottare ed efficacemente attuare un sistema idoneo all'adempimento di tutti gli obblighi giuridici richiesti dalla normativa vigente sulla salute e sicurezza sul lavoro. L'azione **costantemente condotta dal Policlinico è quella di** porre in essere un piano di rivalutazione continua dei rischi presenti durante l'attività [nella prospettiva del *control and risk self assessment*], per individuare le attività a rischio di reato e valutare per esse l'eventuale devianza dal sistema di gestione nella conduzione delle stesse.

#### **G.2.2.1. Attività a rischio di infortunio e malattia professionale**

Attraverso attente indagini che intessano sia aspetti strutturali sia aspetti organizzativi, sono individuati i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, e di tutte le persone presenti durante l'attività lavorativa.

Gli esiti di tali indagini, che consentono l'individuazione dei rischi che possono dare origine ad infortuni e malattie professionali, sono contenuti negli specifici documenti di valutazione dei rischi ove sono altresì indicate le misure di tutela atte alla loro eliminazione ovvero al loro contenimento. Le attività entro le quali possono verificarsi infortuni o malattie professionali sono quindi desunte dagli specifici documenti di valutazione dei rischi a cui questo elaborato rimanda.

I documenti di valutazione dei rischi sono costantemente aggiornati, in relazione a nuove ed eventuali esigenze di prevenzione, secondo le procedure previste dal Modello.

Sulla base di quanto emerge dalla valutazione dei rischi effettuata ed alla luce dei controlli attualmente esistenti ai sensi della stessa, sono stati individuati i principi di comportamento e i protocolli di prevenzione (paragrafi 3 ss. della presente Sezione) che devono essere attuati per prevenire, per quanto ragionevolmente possibile ed in conformità al grado di sviluppo della scienza e della tecnica, l'omissione ovvero l'insufficiente efficacia dei presidi posti a salvaguardia della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, da cui potrebbero discendere le fattispecie delittuose descritte in precedenza.

#### **G.2.2.2. Attività a rischio di reato**

Le attività che possono potenzialmente originare i reati di cui all'art. 25-*septies* del Decreto, in quanto una loro omissione o un'inefficace attuazione potrebbe integrare una responsabilità colposa del Policlinico, sono riportate di seguito. La loro individuazione è stata condotta in accordo con quanto previsto dall'art. 30, D.Lgs. 81/2008 e considerando i requisiti previsti dalla Norma BS OHSAS 18001:2007 cui il Modello è ispirato:

- individuazione delle disposizioni normative applicabili, a cui uniformarsi per il rispetto degli standard tecnico-strutturali;
- definizione delle risorse, dei ruoli e delle responsabilità per assicurare le attività finalizzate all'attuazione delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- valutazione dei rischi e predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- individuazione e gestione delle misure di protezione collettiva e/o individuale atte a contenere o ad eliminare i rischi;
- gestione delle emergenze, delle attività di lotta agli incendi e di primo soccorso;
- gestione degli appalti;
- procedure e istruzioni operative per il controllo di rischi particolari;
- attività di sorveglianza sanitaria;
- competenza, informazione, formazione e consapevolezza dei lavoratori;
- controlli sugli acquisti, acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- attività manutentive finalizzate al rispetto degli *standard* tecnici e di salute e sicurezza applicabili;
- attività di comunicazione, partecipazione e consultazione, gestione delle riunioni periodiche di sicurezza, consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- gestione della documentazione e dei sistemi di registrazione al fine di garantire la tracciabilità delle attività.





RISCHIO	LIVELLO	ATTIVITÀ	ISTRUZIONI OPERATIVE
Cancerogeno e mutageno	Basso	preparazione, diluizione e somministrazione farmaci chemioterapici anti-blastici (reparto oncologia)  analisi e ricerche di laboratorio con uso formaldeide	IO-SPP-019 procedura per la manipolazione dei farmaci chemioterapici antiblastici  IO-SPP-017 gestione dispositivi protezione individuale
Movimentazione e assistenza del paziente ospedalizzato (MAPO)	Medio	infermieristiche di nursing dei pazienti (reparti di degenza)	IO-SPP-022 movimentazione manuale pazienti
Elettrico	Lieve	in ogni ambiente per tutte le attività	IO-SPP-010 acquisto ed installazione di apparecchiature o impianti
Movimentazione Manuale Carichi (MMC)	Medio          Medio/alto	movimentazione carichi in sala operatoria per il personale OSS e ausiliario (cassetta ferri)  movimentazione carichi vari personale fattorinaggio  movimentazione merce varia e cassetta attrezzi personale manutenzione  alcune movimentazioni di attrezzature per la ristorazione	IO-SPP-033 indicazioni per una corretta movimentazione dei carichi (MMC)
Rumore	Medio	limitate e saltuarie attività di manutenzione	IO-SPP-017 gestione dispositivi protezione individuale

L'elenco delle attività sensibili è periodicamente aggiornato, in relazione a nuove ed eventuali esigenze di prevenzione, secondo le procedure previste dal Modello.

### G.3. Principi generali di comportamento

Il Modello non intende sostituirsi alle prerogative e responsabilità di legge disciplinate in capo ai soggetti individuati dal Codice Penale, dal D.Lgs. 81/2008 e dalla normativa ulteriormente applicabile nei casi di specie. Costituisce, invece, un presidio ulteriore di controllo e verifica dell'esistenza, efficacia ed adeguatezza della struttura e organizzazione posta in essere in ossequio alla normativa speciale vigente in materia di antinfortunistica e tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro.

Tutti i destinatari del Modello, come individuati nel Paragrafo 9 della Parte Generale, adottano regole di condotta conformi ai principi contenuti nel Codice Etico del Policlinico e nella Normativa Antinfortunistica Vigente (sulla quale tutti i soggetti obbligati ricevono la formazione obbligatoria prevista dalle norme vigenti) al fine di prevenire il verificarsi dei reati di omicidio e lesioni colposi, sopra identificati.

In particolare, costituiscono presupposto e parte integrante dei protocolli di prevenzione i principi di comportamento individuati nel Codice Etico, che qui s'intende integralmente richiamato, la documentazione relativa alla tutela ed alla sicurezza dei luoghi di lavoro (ivi compresi il Documento di Valutazione dei Rischi nonché le procedure di gestione delle emergenze, tutte le procedure gestionali e le istruzioni operative vigenti) attraverso cui si individuano le situazioni ove ragionevolmente è possibile si manifestino degli eventi lesivi riconducibili all'attività lavorativa.

Presupposti essenziali del Modello al fine della prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro sono il rispetto di alcuni principi e la tenuta di determinati comportamenti da parte dei lavoratori del Policlinico, dei preposti, dei dirigenti, del datore di lavoro, del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e del Medico Competente, nonché dagli eventuali soggetti esterni che si trovino legittimamente presso i locali del Policlinico stesso. In particolare, ciascun lavoratore, ciascun soggetto e più in generale ogni destinatario del

Modello che si trovi legittimamente presso il Policlinico ovvero la cui attività ricada sotto la responsabilità dello stesso dovrà:

- conformemente alla propria formazione ed esperienza, nonché alle istruzioni e ai mezzi forniti ovvero predisposti dal datore di lavoro, non adottare comportamenti imprudenti quanto alla salvaguardia della propria salute e della propria sicurezza;
- rispettare la normativa e le procedure aziendali interne al fine della protezione collettiva ed individuale, esercitando in particolare ogni opportuno controllo ed attività idonei a salvaguardare la salute e la sicurezza dei collaboratori esterni e/o di persone estranee, eventualmente presenti sul luogo di lavoro;
- utilizzare correttamente i macchinari, le apparecchiature, gli utensili, le sostanze ed i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e le altre attrezzature di lavoro, nonché i dispositivi di sicurezza;
- utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a disposizione;
- segnalare immediatamente a chi di dovere (in ragione delle responsabilità attribuite) le anomalie dei mezzi e dei dispositivi di cui ai punti precedenti, nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui viene a conoscenza;
- intervenire direttamente a fronte di un pericolo rilevato e nei soli casi di urgenza, compatibilmente con le proprie competenze e possibilità;
- sottoporsi ai controlli sanitari previsti;
- sottoporsi agli interventi formativi previsti;
- contribuire 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.

A questi fini è fatto divieto di:

- rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non siano di propria competenza ovvero che possano compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori.

#### **G.4. Protocolli specifici di prevenzione**

Il Documento di Valutazione dei Rischi indica specifiche misure di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali; per quanto riguarda questi aspetti si rinvia interamente a tale elaborato.

Quanto alle misure di prevenzione per le attività a rischio di reato come sopra identificate, di quei comportamenti che potrebbero quindi integrare la responsabilità del Policlinico in relazione a infortuni sul lavoro, il presente modello di organizzazione, gestione e controllo è adottato ed attuato al fine di garantire l'adempimento di tutti i relativi obblighi giuridici.

Ai fini dell'adozione e dell'attuazione del presente modello di organizzazione, gestione e controllo valgono i principi ed i protocolli di seguito indicati.

##### **Individuazione delle disposizioni normative applicabili, a cui uniformarsi per il rispetto degli *standard tecnico-strutturali***

La conformità alle vigenti norme in materia (leggi, norme tecniche e regolamenti, ecc.) è assicurata attraverso l'adozione di specifiche registrazioni allo scopo di porre sotto controllo:

- l'identificazione e l'accessibilità alle norme in materia applicabili all'organizzazione;
- l'aggiornamento legislativo;
- il controllo periodico della conformità alla normativa applicabile.

##### **Definizione delle risorse, dei ruoli e delle responsabilità per assicurare le attività finalizzate all'attuazione delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori**

Per tutte le figure individuate per la gestione di problematiche inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, sono predefiniti idonei requisiti tecnico-professionali che possono trarre origine anche da specifici disposti normativi; tali requisiti sono in possesso del soggetto preliminarmente all'attribuzione dell'incarico e possono essere conseguiti anche attraverso specifici interventi formativi; essi devono essere mantenuti nel tempo.

L'attribuzione di specifiche responsabilità avviene, in data certa, attraverso la forma scritta definendo, in maniera esaustiva, caratteristiche e limiti dell'incarico e, se del caso, individuando il potere di spesa.

In generale, a titolo esemplificativo:

- sono formalizzate le responsabilità di gestione, coordinamento e controllo all'interno del Policlinico;
- sono correttamente nominati i soggetti previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro (ivi inclusi, nel caso di presenza di cantieri, i soggetti previsti dal titolo IV D.Lgs. 81/2008) e sono loro conferiti correttamente i poteri necessari allo svolgimento del ruolo agli stessi assegnato;

- è costruito il sistema di deleghe, dei poteri di firma e di spesa in maniera coerente con le responsabilità assegnate;
- l'assegnazione e l'esercizio dei poteri nell'ambito di un processo decisionale è congruente con le posizioni di responsabilità e con la rilevanza e/o la criticità delle sottostanti situazioni di rischio;
- non vi è identità soggettiva fra coloro che assumono o attuano le decisioni e coloro che sono tenuti a svolgere sulle stesse i controlli previsti dalla legge e dalle procedure contemplate dal sistema di controllo;
- i soggetti preposti e/o nominati ai sensi della normativa vigente in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro possiedono competenze adeguate ed effettive in materia, che sono state adeguatamente e preventivamente verificate.

#### **Valutazione dei rischi e predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti**

Poiché la valutazione dei rischi rappresenta l'adempimento cardine per la garanzia della salute e della sicurezza dei lavoratori e poiché costituisce il principale strumento per procedere all'individuazione delle misure di tutela, siano esse la riduzione o l'eliminazione del rischio, l'operazione di individuazione e di rilevazione dei rischi deve essere effettuata con correttezza e nel rispetto del principio di veridicità, completezza e accuratezza, al fine di predisporre un documento che sia in grado di pianificare l'attività di attuazione delle misure di prevenzione e di protezione. La normativa cogente ne attribuisce la competenza al datore di lavoro che si avvale del supporto di altri soggetti quali il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione ed il medico competente previa consultazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, ed eventualmente, quando necessario, avvalendosi di consulenti esterni ulteriori.

Tutti i dati e le informazioni che servono alla valutazione dei rischi e conseguentemente all'individuazione delle misure di tutela (ad es. documentazione tecnica, misure strumentali, esiti di sondaggi interni, ecc.) devono essere chiari, completi e rappresentare in modo veritiero lo stato del Policlinico.

I dati e le informazioni sono raccolti ed elaborati tempestivamente, sotto la supervisione del datore di lavoro, anche attraverso soggetti da questo individuati in possesso di idonei requisiti, certificabili nei casi previsti, di competenza tecnica e, se del caso, strumentale. A richiesta, insieme ai dati ed alle informazioni devono essere trasmessi anche gli eventuali documenti e le fonti da cui sono tratte le informazioni.

La redazione del Documento di Valutazione dei Rischi e del piano delle misure di prevenzione e protezione è un compito non delegabile dal datore di lavoro e deve essere effettuata sulla base di criteri definiti preliminarmente, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 e dagli altri articoli pertinenti per i rischi specifici, D.Lgs. 81/2008. Detti criteri, costituenti integrazione di tale documentazione, contemplano, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- attività di routine e non routine;
- attività di tutte le persone che hanno accesso al posto di lavoro (compresi esterni);
- comportamento umano;
- pericoli provenienti dall'esterno;
- pericoli legati alle lavorazioni o creati nell'ambiente circostante;
- infrastrutture, attrezzature e materiali presenti presso il luogo di lavoro;
- modifiche apportate ai processi e/o al sistema di gestione, tra cui le modifiche temporanee, e il loro impatto sulle operazioni, processi ed attività;
- eventuali obblighi giuridici applicabili in materia di valutazione dei rischi e di attuazione delle necessarie misure di controllo;
- progettazione di ambienti di lavoro, macchinari ed impianti;
- procedure operative e di lavoro;
- metodologie di identificazione e valutazione dei rischi scientificamente attendibile e proposte da enti pubblici e privati qualificati e eventualmente emanati da enti di vigilanza pubblica.

#### **Individuazione e gestione delle misure di protezione collettiva e/o individuale atte a contenere o ad eliminare i rischi**

Conseguentemente alla valutazione dei rischi effettuata sia al momento della predisposizione del Documento di Valutazione dei Rischi sia in occasione della predisposizione dei piani operativi della sicurezza, al fine della mitigazione dei rischi, sono individuati i necessari presidi sia individuali sia collettivi atti a tutelare il lavoratore. Attraverso il processo di valutazione dei rischi si disciplina:

- l'identificazione delle attività per le quali prevedere l'impiego di DPI;
- la definizione dei criteri di scelta dei DPI, che devono assicurare l'adeguatezza dei DPI stessi alle tipologie di rischio individuate in fase di valutazione e la loro conformità alle norme tecniche vigenti (ad es. marcatura CE);
- la definizione delle modalità di consegna ed eventualmente di conservazione dei DPI;

- la definizione di un eventuale scadenziario per garantire il mantenimento dei requisiti di protezione.

### **Gestione delle emergenze, delle attività di lotta agli incendi e di primo soccorso**

La gestione delle emergenze è attuata attraverso specifici piani che prevedono:

- identificazione delle situazioni che possono causare una potenziale emergenza;
- definizione delle modalità per rispondere alle condizioni di emergenza e prevenire o mitigare le relative conseguenze negative in tema di salute e sicurezza;
- pianificazione della verifica dell'efficacia dei piani di gestione delle emergenze;
- aggiornamento delle procedure di emergenza in caso di incidenti o di esiti negativi delle simulazioni periodiche.

Sono definiti specifici piani di gestione delle emergenze. Attraverso detti piani sono individuati i percorsi di esodo e le modalità di attuazione, da parte del personale, delle misure di segnalazione e di gestione delle emergenze.

Tra il personale sono individuati gli addetti agli interventi di emergenza; essi sono in numero sufficiente e preventivamente formati secondo i requisiti di legge.

Sono disponibili e mantenuti in efficienza idonei sistemi per la lotta agli incendi scelti per tipologia e numero in ragione della specifica valutazione del rischio di incendio ovvero delle indicazioni fornite dall'autorità competente; sono altresì presenti e mantenuti in efficienza idonei presidi sanitari.

L'efficienza dei piani è garantita attraverso la periodica attività di prova, finalizzata ad assicurare la piena conoscenza da parte del personale delle corrette misure comportamentali e l'adozione di idonei strumenti di registrazione atti a dare evidenza degli esiti di dette prove e delle attività di verifica e di manutenzione dei presidi predisposti.

### **Gestione degli appalti**

Le attività in appalto e le prestazioni d'opera sono disciplinate dall'art. 26 e dal Titolo IV del D.Lgs. 81/2008.

Il soggetto esecutore delle lavorazioni deve possedere idonei requisiti tecnico-professionali, verificati anche attraverso l'iscrizione alla CCIAA, che deve attestare la pertinenza del lavoro affidato con l'oggetto sociale. Esso dovrà dimostrare il rispetto degli obblighi prevenzionistici, assicurativi e previdenziali nei confronti del proprio personale, anche attraverso la presentazione del Documento Unico di Regolarità Contributiva e l'autocertificazione del possesso dei requisiti di igiene e sicurezza del lavoro come da norme vigenti. Se necessario, il soggetto esecutore deve inoltre presentare all'INAIL apposita denuncia per le eventuali variazioni totali o parziali dell'attività già assicurata (in ragione della tipologia di intervento richiesto e sulla base delle informazioni fornite dal Policlinico).

L'impresa esecutrice, nei casi contemplati dalla legge, al termine degli interventi deve rilasciare la dichiarazione di conformità alle norme tecniche applicabili.

Con particolare riferimento a fornitori, installatori e manutentori esterni di macchinari, impianti e di qualsiasi tipo di presidio di sicurezza e attrezzature di lavoro da realizzarsi o installare all'interno di pertinenze poste sotto la responsabilità giuridica del datore di lavoro del Policlinico, sono attuati specifici presidi di controllo che prevedono:

- procedure di verifica dei fornitori che tengono conto anche del rispetto da parte degli stessi e dei loro lavoratori delle procedure di igiene e sicurezza;
- definizione dell'ambito di intervento e degli impatti dello stesso all'interno di un contratto scritto;
- definizione degli accessi e delle attività esercitate sul sito da parte dei terzi, con valutazione specifica dei rischi interferenti legati alla loro presenza e relativa redazione della prevista documentazione di coordinamento (ad es. DUVRI, PSC) sottoscritta da tutti i soggetti esterni coinvolti e prontamente adeguata in caso di variazioni nei presupposti dell'intervento;
- clausole contrattuali in merito ad eventuali inadempimenti di lavoratori di terzi presso i siti aziendali relativamente alle tematiche sicurezza, che prevedano l'attivazione di segnalazioni apposite e l'applicazione di penali;
- sistemi di rilevamento presenze di lavoratori terzi presso il sito aziendale e di controllo sulle ore di lavoro effettivamente svolte e sul rispetto dei principi di sicurezza aziendali, come integrati eventualmente dai contratti;
- formalizzazione e tracciabilità del controllo da parte dei dirigenti, dei preposti e del datore di lavoro del rispetto dei presidi di controllo sin qui elencati.

### **Procedure e istruzioni operative per il controllo di rischi particolari**

I luoghi di lavoro sono progettati anche nel rispetto dei principi ergonomici, di comfort e di benessere; sono sottoposti a regolare manutenzione e pulizia affinché vengano eliminati, quanto più rapidamente possibile, i difetti che possono pregiudicare la sicurezza e la salute dei lavoratori; sono assicurate adeguate condizioni igieniche.

Eventuali aree a rischio specifico sono opportunamente segnalate e, se del caso, rese accessibili a soli soggetti adeguatamente formati e protetti, che impediranno gli accessi ai non addetti ai lavori.

In ragione della complessità della lavorazione, in particolare con riferimento alle attività condotte presso i cantieri, sono previste specifiche istruzioni di lavoro o procedure operative che, unitamente alla documentazione riguardante le modalità d'uso di macchinari ed attrezzature e la documentazione di sicurezza delle sostanze, sono rese accessibili al lavoratore e sono richiamate nei piani operativi della sicurezza, predisposti per gli specifici interventi.

#### **Attività di sorveglianza sanitaria**

Preliminarmente all'attribuzione di una qualsiasi mansione al lavoratore è necessario verificarne i requisiti sia per quanto riguarda gli aspetti tecnici (cfr. attività sensibile successiva: **competenza, informazione, formazione e consapevolezza dei lavoratori**), sia per quanto riguarda gli aspetti sanitari, se riscontrati in sede di valutazione del rischio.

La verifica dell'idoneità è attuata dal medico competente del Policlinico che, in ragione delle indicazioni fornite dal datore di lavoro e sulla base della propria conoscenza dei luoghi di lavoro e delle lavorazioni, verifica preventivamente l'idoneità sanitaria del lavoratore rilasciando giudizi di idoneità totale o parziale ovvero di inidoneità alla mansione. In ragione della tipologia della lavorazione richiesta e sulla base degli esiti della visita preliminare, il medico competente definisce un protocollo di sorveglianza sanitaria a cui sottopone il lavoratore.

#### **Competenza, informazione, formazione e consapevolezza dei lavoratori**

Tutto il personale riceve opportune informazioni circa le corrette modalità di espletamento dei propri incarichi, è formato e, nei casi previsti dalla normativa, è addestrato. Di tale formazione e/o addestramento è prevista una verifica documentata. Le attività formative sono erogate attraverso modalità variabili (ad es. formazione frontale, comunicazioni scritte, ecc.) definite sia da scelte del Policlinico sia da quanto previsto dalla normativa vigente.

La scelta del soggetto formatore può essere vincolata da specifici disposti normativi.

In tutti i casi le attività di informazione, formazione e addestramento sono documentate; la documentazione inerente la formazione del personale è registrata ed è impiegata anche al fine dell'attribuzione di nuovi incarichi.

L'attività di formazione è condotta al fine di:

- garantire, anche attraverso un'opportuna pianificazione, che qualsiasi persona sotto il controllo dell'organizzazione sia competente sulla base di un'adeguata istruzione, formazione o esperienza;
- identificare le esigenze di formazione connesse con lo svolgimento delle attività e fornire una formazione o prendere in considerazione altre azioni per soddisfare queste esigenze;
- valutare l'efficacia delle attività di formazione o di altre azioni eventualmente attuate, e mantenere le relative registrazioni;
- garantire che il personale prenda coscienza circa l'impatto effettivo o potenziale del proprio lavoro, i corretti comportamenti da adottare, i propri ruoli e responsabilità.

#### **Controlli sugli acquisti, acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge**

Le attività di acquisto di attrezzature, macchinari ed impianti sono condotte previa valutazione dei requisiti di salute e sicurezza delle stesse tenendo conto anche delle considerazioni dei lavoratori attraverso le loro rappresentanze.

Le attrezzature, i macchinari e gli impianti devono essere conformi a quanto previsto dalla normativa vigente (ad es. marcatura CE, possesso di dichiarazione di conformità rilasciata dall'installatore, ecc.). Se del caso, in ragione dei disposti legislativi applicabili, la loro messa in esercizio sarà subordinata a procedure di esame iniziale o di omologazione.

Preliminarmente all'utilizzo di nuove attrezzature, macchinari o impianti il lavoratore incaricato dovrà essere opportunamente formato e/o addestrato.

Le attività di acquisto sono svolte con lo scopo di:

- definire i criteri e le modalità per la qualificazione e la verifica dei requisiti dei fornitori;
- definire le modalità per la verifica della conformità delle attrezzature, impianti e macchinari da acquistare alle normative vigenti (ad es. marcatura CE), nonché i criteri e le modalità per la valutazione dei requisiti di accettabilità;
- prevedere, qualora applicabili, le modalità di esecuzione dei controlli in accettazione, degli esami iniziali e delle omologazioni necessarie alla messa in esercizio.

Nel caso di acquisti di servizi, anche di natura intellettuale (ad es. acquisto di servizi di progettazione da rendersi a favore del Policlinico o di eventuali clienti), il Policlinico subordina l'attività di affidamento alla verifica preliminare delle competenze dei propri fornitori anche sulla base della sussistenza di esperienze

pregresse ed eventuali requisiti cogenti (ad es. iscrizione ad albi professionali). Il Policlinico attua il controllo del loro operato attraverso le modalità previste dalle proprie procedure interne (ad es. procedure di controllo della progettazione cfr. **obblighi di vigilanza sui progettisti** al paragrafo G.5). Qualora le attività condotte da detti soggetti possano avere impatti sull'esposizione a rischi per la salute e la sicurezza dei propri lavoratori, il Policlinico attiva preventivamente, tra le altre, le misure di controllo definite ai fini della valutazione dei rischi.

#### **Attività manutentive finalizzate al rispetto degli standard tecnici e di salute e sicurezza applicabili**

Tutte le attrezzature, i macchinari e gli impianti che possono avere impatti significativi in materia di Salute e Sicurezza sono assoggettati a protocolli di manutenzione programmata con tempistiche e modalità anche definite dai fabbricanti. Gli eventuali interventi specialistici sono condotti da soggetti in possesso dei requisiti di legge che devono produrre le necessarie documentazioni.

Le attività di manutenzione su dispositivi di sicurezza sono oggetto di registrazione.

In presenza di attrezzature ed impianti per i quali siano previsti, dalla legislazione vigente, periodici interventi di verifica per la cui esecuzione siano individuati specifici enti esterni (ad es. ARPA, ATS, Vigili del Fuoco, Ispettorato del Lavoro, Organismi Notificati, Organismi di Ispezione, ecc.), si provvede a stipulare con l'ente preposto uno specifico contratto di verifica; qualora l'ente preposto non eroghi il servizio con le tempistiche previste dalla normativa si procederà come segue:

- in caso di esistenza di ulteriori soggetti in possesso delle abilitazioni/autorizzazioni all'esecuzione degli interventi di verifica, si provvederà ad affidare loro l'incarico;
- in caso di assenza di soggetti alternativi si provvederà, a titolo di auto diagnosi, attraverso strutture tecniche esistenti sul mercato (ad es. imprese di manutenzione, società di ingegneria, ecc.).

Le attività di manutenzione sono condotte in maniera da:

- definire le modalità, le tempistiche e le responsabilità per la programmazione e lo svolgimento delle manutenzioni e delle verifiche periodiche, ove previste, di attrezzature, impianti e macchinari (individuati puntualmente in appositi protocolli/schede) ed il controllo periodico della loro efficienza;
- definire le modalità di registrazione delle manutenzioni effettuate e le relative responsabilità
- che siano definite le modalità di segnalazione delle anomalie, individuati i mezzi più idonei per comunicare tali modalità, individuate le funzioni tenute ad attivare il relativo processo di manutenzione (manutenzioni non programmate).

#### **Attività di comunicazione, partecipazione e consultazione, gestione delle riunioni periodiche di sicurezza, consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza**

Le procedure che regolamentano il coinvolgimento e la consultazione del personale definiscono le modalità di:

- comunicazione interna tra i vari livelli e funzioni dell'organizzazione;
- comunicazione con i fornitori ed altri visitatori presenti sul luogo di lavoro;
- ricevimento e risposta alle comunicazioni dalle parti esterne interessate;
- partecipazione dei lavoratori, anche a mezzo delle proprie rappresentanze, attraverso:
  - o il loro coinvolgimento nell'identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e definizione delle misure di tutela;
  - o il loro coinvolgimento nelle indagini relative ad un incidente;
  - o la loro consultazione quando vi siano cambiamenti che possano avere significatività in materia di Salute e Sicurezza.

#### **Gestione della documentazione e dei sistemi di registrazione al fine di garantire la tracciabilità delle attività**

La gestione della documentazione costituisce un requisito essenziale ai fini del mantenimento del modello di organizzazione, gestione e controllo; attraverso una corretta gestione della documentazione e l'adozione di sistemi di registrazione appropriati si coglie l'obiettivo di dare evidenza di quanto attuato anche assicurando la tracciabilità dei percorsi decisionali. È altresì rilevante garantire la disponibilità e l'aggiornamento della documentazione sia di origine interna sia di origine esterna (ad es. documentazione relativa a prodotti e sostanze). La gestione della documentazione sia di origine interna sia di origine esterna e la gestione delle registrazioni, che costituiscono documentazione speciale, avviene assicurandone la disponibilità, la tracciabilità e la conservazione.

### **G.5. Ulteriori controlli**

In specifica attuazione del disposto dell'art. 18, comma 3-bis, D.Lgs. 81/2008, in merito ai doveri di vigilanza del datore di lavoro e dei dirigenti sull'adempimento degli obblighi relativi alla sicurezza sui luoghi di lavoro

da parte di preposti, lavoratori, progettisti, fabbricanti e fornitori, installatori e medico competente, sono previsti i seguenti specifici protocolli.

**Obblighi di vigilanza sui preposti (art. 19, D.Lgs. 81/2008)**

Con particolare riferimento alla vigilanza sui preposti, il Policlinico attua specifici protocolli che prevedono che il datore di lavoro, o persona dallo stesso delegata:

- programmi ed effettui controlli a campione in merito all'effettiva istruzione ricevuta dai soggetti che accedono a zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- programmi ed effettui controlli a campione in merito alle segnalazioni di anomalie da parte dei preposti, nonché alle segnalazioni di anomalie relative a comportamenti dei preposti stessi;
- effettui controlli in merito alle segnalazioni dei preposti relativamente ad anomalie su mezzi ed attrezzature di lavoro e sui mezzi di protezione individuale e su altre situazioni di pericolo, verificando le azioni intraprese dal dirigente per la sicurezza responsabile ed eventuali *follow up* successivi alle azioni intraprese;
- effettui controlli in merito all'effettiva avvenuta fruizione da parte dei preposti della formazione interna appositamente predisposta;
- effettui controlli sull'adempimento da parte dei preposti dei loro obblighi di cui all'articolo 19 del D.Lgs. n. 81/2008 e in particolare vigilino sul rispetto da parte dei lavoratori di tutte le misure di igiene e sicurezza messe a disposizione dal Policlinico.

**Obblighi di vigilanza sui lavoratori (art. 20, D.Lgs. 81/2008)**

Con particolare riferimento alla vigilanza sui lavoratori, il Policlinico attua specifici protocolli che prevedono che il datore di lavoro, o persona dallo stesso delegata:

- programmi ed effettui controlli a campione in merito all'effettiva istruzione ricevuta dai lavoratori che accedono a zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- programmi ed effettui controlli a campione in merito alle segnalazioni di anomalie da parte dei preposti;
- effettui controlli in merito all'effettiva avvenuta fruizione da parte dei lavoratori della formazione interna appositamente predisposta;
- effettui controlli in merito all'effettiva sottoposizione dei lavoratori ai controlli sanitari previsti dalla legge o comunque predisposti dal medico competente.
- con particolare riferimento alla vigilanza sui lavoratori esterni, il Policlinico attua i presidi di controllo previsti per gli obblighi di vigilanza di cui agli artt. 22, 23 e 24 del D.Lgs 81/08;
- effettui controlli sull'adempimento da parte dei lavoratori dei loro obblighi di cui all'articolo 20 del D.Lgs. n. 81/2008 e in particolare rispettino di tutte le misure di igiene e sicurezza messe a disposizione dal Policlinico.

**Obblighi di vigilanza sui progettisti, fabbricanti, fornitori, installatori e manutentori (artt. 22, 23 e 24 D.Lgs. 81/2008)**

Con particolare riferimento ai progettisti, fabbricanti, fornitori, installatori e manutentori di macchinari, impianti e di qualsiasi tipo di presidio di sicurezza e attrezzature di lavoro, il Policlinico attua specifici protocolli che prevedono che:

- l'ambito di intervento e gli impatti dello stesso siano chiaramente definiti in un contratto scritto;
- siano definiti gli accessi e le attività sul sito da parte dei terzi, con valutazione specifica dei rischi legati alla loro presenza e relativa redazione del DUVRI, sottoscritto da tutti i soggetti esterni coinvolti e prontamente adeguato in caso di variazioni nei presupposti dell'intervento;
- alla consegna di macchinari, impianti e di qualsiasi tipo di presidio di sicurezza, sia effettuato il controllo della presenza delle marcature CE, dei libretti di uso e manutenzione, dei certificati di conformità e se richiesto dei requisiti di omologazione, nonché della corrispondenza delle specifiche del prodotto rispetto alle richieste;
- siano previste clausole contrattuali in merito ad eventuali inadempimenti di dipendenti di terzi presso i siti aziendali relativamente alle tematiche sicurezza, che prevedano l'attivazione di segnalazioni apposite e l'applicazione di penali;
- le procedure di verifica dei fornitori tengano conto anche del rispetto da parte degli stessi e dei loro dipendenti delle procedure di sicurezza;
- siano introdotti sistemi di rilevamento presenze di lavoratori terzi presso il sito aziendale e di controllo sulle ore di lavoro effettivamente svolte e sul rispetto dei principi di sicurezza aziendali, come integrati eventualmente dai contratti;



- sia formalizzato e tracciabile il controllo da parte dei dirigenti e del datore di lavoro del rispetto dei presidi di controllo sin qui elencati.

#### **Obblighi di vigilanza sul medico competente (art. 25, D.Lgs. 81/2008)**

Con particolare riferimento alla vigilanza sul medico competente, il Policlinico attua specifici protocolli che prevedono che il datore di lavoro, o persona dallo stesso delegata:

- verifichi il possesso da parte del medico competente dei titoli e dei requisiti previsti dalla legge per lo svolgimento di tale funzione;
- verifichi che il medico competente partecipi regolarmente alle riunioni di coordinamento con il RSPP, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e il datore di lavoro stesso, aventi ad oggetto le tematiche della sicurezza sui luoghi di lavoro, incluse quelle relative alle valutazioni dei rischi aziendali e quelle aventi un impatto sulla responsabilità sociale aziendale;
- verifichi la corretta e costante attuazione da parte del medico competente dei protocolli sanitari e delle procedure aziendali relative alla sorveglianza sanitaria;
- verifichi la collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi, e che lo stesso effettui i sopralluoghi previsti dalla legge nei luoghi di lavoro.

#### **Ulteriori controlli specifici**

Sono istituiti ulteriori controlli specifici volti a fare in modo che il sistema organizzativo del Policlinico, istituito ai sensi delle normative applicabili in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di prevenzione degli infortuni, sia costantemente monitorato e posto nelle migliori condizioni possibili di funzionamento.

Per il controllo dell'effettiva implementazione delle disposizioni previste dal D.Lgs. 81/2008 e dalla normativa speciale vigente in materia di antinfortunistica, tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, è previsto che:

- i soggetti qualificati come datore di lavoro, Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione e medico competente aggiornino periodicamente l'OdV del Policlinico in merito alle tematiche relative alla sicurezza sui luoghi di lavoro;
- il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione ed il medico competente comunichino senza indugio **le carenze, le anomalie e le inadempienze riscontrate**;
- il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione effettui incontri periodici con l'OdV della Società al fine di illustrare le più rilevanti modifiche che sono effettuate al Documento di Valutazione dei Rischi e alle procedure del sistema di gestione della sicurezza;
- il personale, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il medico competente, il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione e il datore di lavoro possano segnalare all'OdV informazioni e notizie sulle eventuali carenze nella tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- il datore di lavoro si assicuri che siano nominati tutti i soggetti previsti dalla normativa di settore, che siano muniti di adeguate, chiare e sufficientemente specifiche deleghe, che dispongano delle competenze e qualità necessarie, che abbiano poteri, anche di spesa, sufficientemente adeguati all'incarico e che siano effettivamente esercitate le funzioni e le deleghe conferite;
- l'OdV, nell'esercizio delle sue funzioni, possa richiedere l'assistenza dei responsabili della sicurezza nominati dal Policlinico, nonché di competenti consulenti esterni.

#### **G.6. Attività di audit per la verifica periodica dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure**

Ai fini delle attività di controllo sopra indicate sono condotte specifiche attività di audit, a cura dell'OdV, anche con la collaborazione dei soggetti aziendali competenti o di consulenti esterni.

L'attività di audit è svolta assicurando che:

- gli audit interni siano condotti ad intervalli pianificati al fine di determinare se il sistema di gestione sia o meno correttamente attuato e mantenuto in tutte le sue parti e sia inoltre efficace per il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione;
- eventuali scostamenti dal sistema siano prontamente gestiti;
- siano trasmesse le informazioni sui risultati degli audit al Consiglio di Amministrazione e al datore di lavoro.

#### **G.7. Flussi informativi verso l'OdV**

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le ulteriori informazioni individuate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli

stessi. L'OdV effettua interviste, audit e sopralluoghi specifici diretti a verificare lo stato di applicazione della normativa vigente, e l'adeguatezza dell'attività del POLICLINICO in materia di prevenzione e protezione.

## **H. RICETTAZIONE, RICICLAGGIO E IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA (ART. 25-OCTIES DEL DECRETO)**

### **H.1. Reati potenzialmente rilevanti**

In linea generale i reati in questione appaiono non direttamente riferibili all'attività istituzionale tipica svolta dal Policlinico San Donato e non si sono finora mai presentati. A titolo precauzionale si sono comunque astrattamente ipotizzate possibili modalità con le quali, in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico, potrebbero eventualmente manifestarsi, in ipotesi remota, i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita:

- **ricettazione**, previsto dall'art. 648 c.p. e costituito dalla condotta di chi, fuori dei casi di concorso nel reato, al fine di procurare a sé o ad altri un profitto, acquista, riceve od occulta denaro o cose provenienti da un qualsiasi delitto, o comunque si intromette nel farle acquistare, ricevere od occultare;
- **riciclaggio**, previsto dall'art. 648-bis c.p. e costituito dalla condotta di chi, fuori dei casi di concorso nel reato, sostituisce o trasferisce denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero compie in relazione ad essi altre operazioni, in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa;
- **impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita**, previsto dall'art. 648-ter c.p. e costituito dalla condotta di chi, fuori dei casi di concorso nel reato e dei casi previsti dagli artt. 648 e 648-bis, impiega in attività economiche o finanziarie denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto.

### **H.2. Attività sensibili**

Il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita previsti dall'art. 25-octies del Decreto:

- gestione degli acquisti;
- gestione delle consulenze (non sanitarie e di ricerca);
- gestione delle operazioni *intercompany*;
- gestione accettazione clienti;
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione del *Fund Raising*;
- gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere).

### **H.3. Protocolli generali e specifici di prevenzione**

Il Policlinico vieta in via generale l'acquisto, ricezione, sostituzione o trasferimento di beni o denaro effettuati per occultare o dissimulare la loro origine illecita, ogni qualvolta vi sia motivo fondato di ritenere che rovcengano da attività delittuose.

È prevista la preventiva e adeguata identificazione dei clienti, fornitori e consulenti e la corretta conservazione dei documenti relativi alla predetta attività.

Il Policlinico procede sistemi procedere sempre: alla acquisizione preventiva di informazioni commerciali sul fornitore; alla valutazione dell'entità del prezzo in relazione ai valori di mercato; al controllo della corrispondenza tra i destinatari dei pagamenti e i soggetti effettivamente coinvolti nella transazione commerciale. Il Policlinico identifica il soggetto aziendale formalmente responsabile della esecuzione del contratto, con l'assegnazione di specifici compiti e relative responsabilità.

**Nelle procedure interne è specificato che non saranno accettati pagamenti da soggetti diversi dai soggetti obbligati.**

Particolare attenzione, poi, per la prevenzione dei reati di riciclaggio e reimpiego, viene dedicata al settore degli investimenti e alle sponsorizzazioni, prevedendo modalità concrete di verifica della congruità economica e degli scopi.

Per le operazioni riguardanti la **gestione degli acquisti** e la **gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere)**, i protocolli prevedono che:

- siano individuati degli indicatori di anomalia per identificare eventuali transazioni “a rischio” o “sospette” con le controparti sulla base del:
  - o profilo soggettivo della controparte (ad es. esistenza di precedenti penali, reputazione opinabile, ammissioni o dichiarazioni da parte della controparte in ordine al proprio coinvolgimento in attività criminose);
  - o comportamento della controparte (ad es. comportamenti ambigui, mancanza di dati occorrenti per la realizzazione delle transazioni o reticenza a fornirli);
  - o dislocazione territoriale della controparte (ad es. transazioni effettuate in paesi *off shore*);
  - o profilo economico-patrimoniale dell’operazione (ad es. operazioni non usuali per tipologia, frequenza, tempistica, importo, dislocazione geografica);
  - o caratteristiche e finalità dell’operazione (ad es. uso di prestanomi, modifiche delle condizioni contrattuali standard, finalità dell’operazione);
  - o la scelta e valutazione della controparte avvenga sulla base di requisiti predeterminati dal Policlinico e dalla stessa rivisti e, se del caso, aggiornati con regolare periodicità; il Policlinico formalizzi anche i criteri in base ai quali la controparte può essere cancellata dalle liste interne al Policlinico e le scelte in merito al loro mantenimento o alla relativa cancellazione dalle medesime liste non possono essere determinate da un unico soggetto e vanno sempre motivate.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle consulenze (non sanitarie e di ricerca)**, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento all’attività sensibile **gestione delle consulenze (sanitarie, di ricerca e altre)**.

Per le operazioni riguardanti la **gestione delle operazioni *intercompany***, i protocolli prevedono che:

- siano formalizzati una procedura operativa o *policy* interna o il contratto che disciplini le modalità e i principi con i quali sono gestiti i rapporti tra il Policlinico e le altre società del Gruppo;
- il contratto descriva le attività svolte per conto della controparte;
- la documentazione riguardante ogni singola operazione sia archiviata allo scopo di garantire la completa tracciabilità della stessa.

Per le operazioni riguardanti la **gestione accettazione clienti**, la **gestione delle risorse finanziarie** e la **gestione del *Fund Raising***, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alle corrispondenti attività sensibili.

È prevista una periodica informazione del personale addetto al servizio di tesoreria circa le tipologia di operazioni da considerare a rischio di riciclaggio.

#### H.4. Flussi informativi verso l’OdV

Oltre a quanto espressamente previsto dai precedenti protocolli con riferimento a specifiche attività sensibili, i Responsabili delle attività sensibili trasmettono all’OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

#### H bis.1. Delitto di Autoriciclaggio

Il nuovo delitto di autoriciclaggio, in vigore il 1° gennaio 2015, commesso da un apicale o da un non apicale genera anche la responsabilità amministrativa dell’ente nel cui interesse o vantaggio il reato è stato commesso.

La legge 15 dicembre 2014 n. 186, in vigore il 1° gennaio 2015, non solo ha introdotto il delitto di autoriciclaggio (art. 648 ter 1 c.p.), ma ha previsto che il delitto di autoriciclaggio commesso da un apicale o da un non apicale generi responsabilità amministrativa dell’ente nel cui interesse o vantaggio il reato è stato commesso.

L’art. 25 octies del d. lgs. 8 giugno 2001 n. 231, introdotto con l’art. 63 d.lgs. 21 novembre 2007 n. 231, già ricollegava la responsabilità dell’ente collettivo ai **reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita**: con l’art. 3 comma 4 legge n. 186/2014 il catalogo dei reati presupposto è stato ampliato con l’inserimento del delitto di autoriciclaggio.

Non solo, quindi, è stato rimosso un controverso “privilegio” (quello dell’autore del reato che faccia un riciclaggio pro se), ma si è sentita la necessità di rafforzare la **sanzione penale** comminata alla persona fisica con la **sanzione amministrativa** comminata all’ente.

Questa scelta del legislatore va esaminata in concreto perché l'ente collettivo non può commettere (né concorrere a commettere) reati e, conseguentemente, non può autoriciclare il profitto di un reato per esso impossibile (Cass., SS.UU., 30 gennaio-5 marzo 2014 n. 10561).

Escluso che l'ente possa commettere il reato di autoriciclaggio, potrebbe commetterlo la persona fisica apicale o non apicale che abbia commesso un reato nell'interesse della persona giuridica.

La persona fisica può riciclare il provento del reato commesso : se il provento è suo, ci sarà autoriciclaggio ma è difficile pensare che la pulitura di proventi illeciti propri dia luogo ad una responsabilità "da reato" dell'ente; se il provento è dell'ente (quale potrebbe essere il risparmio indebito ottenuto tramite un reato tributario), **la persona fisica che lo "ripulisca" commette sicuramente un reato, ma forse questo è meglio configurabile come riciclaggio in quanto il denaro, bene o utilità di provenienza illecita non è nella disponibilità dell'autore del reato presupposto.**

Si vuole con ciò dire che l'inserimento dell'autoriciclaggio tra i reati presupposto di responsabilità della persona giuridica non rispondeva forse ad una vera necessità.

Poiché, tuttavia, la previsione dell'art. 25 octies d. lgs. n. 231/2001 ormai ricomprende **ogni tipo di pulitura del denaro di provenienza illecita** (con eccezione dell'impiego per "godimento personale"), è il caso di sottolineare che a monte dell'autoriciclaggio **può esservi qualunque reato**, compreso quello (come il reato tributario) che formalmente non rientra nel catalogo dei reati che danno luogo a responsabilità da reato dell'ente, ma che in forza del reato presupposto di associazione per delinquere potrebbe rientrarvi.

Va, altresì, tenuto presente che l'autoriciclaggio (e l'eventuale conseguente responsabilità dell'ente collettivo) è punibile dal 1° gennaio 2015, ma ben può riguardare il profitto di reati (presupposto o no) **commessi ben prima di tale data**, ove la "ripulitura" sia commessa successivamente.

Ne consegue che la persona giuridica potrà essere chiamata a rispondere ex d. lgs. n. 231/2001 anche **per illeciti pre 1° gennaio 2014** senza che ciò implichi una violazione del **principio di legalità** (specificamente ribadito dall'art. 2 d. lgs. n. 231/2001).

## **H bis.2. Protocolli generali e specifici di prevenzione**

Il modello 231 del Policlinico obbliga gli amministratori, il personale addetto al servizio di tesoreria e chiunque altro sia a ciò espressamente delegato di rispettare quanto disposto dagli artt. 49 (Limitazioni all'uso del contante e dei titoli al portatore) e 50 (Divieto di conti e libretti di risparmio anonimi o con intestazione fittizia) del d.lgs. 21 novembre 2007, n. 231 in materia di trasferimento di denaro contante, assegni di conto corrente, vaglia postali e cambiali, assegni circolari, libretti di deposito, e sono previste nel caso di violazione specifiche sanzioni disciplinari. E' prevista una periodica informazione del personale addetto al servizio di tesoreria circa le tipologia di operazioni da considerare a rischio di riciclaggio.

## **I. DELITTI IN MATERIA DI VIOLAZIONE DEL DIRITTO D'AUTORE (ART. 25-NOVIES DEL DECRETO)**

### **I.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono considerati, sebbene con un basso indice di probabilità, astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti delitti in materia di violazione del diritto d'autore:

- **art. 171-bis, L. 22 aprile 1941, n. 633**, costituito dalla condotta di chi abusivamente duplica, per trarne profitto, programmi per elaboratore o ai medesimi fini importa, distribuisce, vende, detiene a scopo commerciale o imprenditoriale o concede in locazione programmi contenuti in supporti non contrassegnati dal Policlinico italiana degli autori ed editori (SIAE); utilizza qualsiasi mezzo inteso a consentire o facilitare la rimozione arbitraria o l'elusione di protezioni di un *software*; al fine di trarne profitto, su supporti non contrassegnati SIAE riproduce, trasferisce su altro supporto, distribuisce, comunica, presenta o dimostra in pubblico il contenuto di una banca di dati, esegue l'estrazione o il reimpiego della banca di dati, distribuisce, vende o concede in locazione una banca di dati;
- **art. 171-ter, L. 633/1941**, costituito dalla condotta di chi – tra l'altro – abusivamente duplica, riproduce, o diffonde in pubblico opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico-musicali e multimediali.

## I.2. Attività sensibili

Il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i citati delitti in materia di violazione del diritto d'autore previsti dall'art. 25-*novies* del Decreto:

- acquisto e utilizzo di opere dell'ingegno protette;
- gestione e acquisto del *software*.

## I.3. Protocolli generali e specifici di prevenzione

Il modello del Policlinico prevede una procedura aziendale ad hoc contenente le modalità di comportamento che debbono essere assunte per un corretto e lecito utilizzo dei software e delle banche dati in uso, nonché specifici divieti nei confronti di propri dipendenti e collaboratori circa: (i) l'installazione di prodotti software in violazione degli accordi contrattuali di licenza d'uso e, in generale, di tutte le leggi ed i regolamenti che disciplinano e tutelano la licenza d'uso; (ii) la diffusione anche attraverso la gestione del sito internet aziendale, o utilizzando comunque strumenti informatici aziendali, immagini, documenti o altro materiale tutelati dalla normativa in materia di diritto d'autore; (iii) l'utilizzazione di software/banche dati in assenza di valida licenza.

Per le operazioni riguardanti l'**acquisto e utilizzo di opere dell'ingegno protette** e la **gestione e acquisto del software**, i protocolli prevedono che:

- le opere protette da diritto d'autore acquistate dal Policlinico siano catalogate in un apposito *database*;
- per le opere delle quali sono state acquisite le licenze d'uso, il *database* comprende anche i seguenti dati:
  - o data di acquisto della licenza;
  - o data di scadenza della licenza;
  - o tipo di utilizzo autorizzato dal contratto di licenza (ad es. *upload* su sito internet, diffusione in pubblico, utilizzo per brochure e relativo numero di copie massime utilizzabili, ecc.);
- siano definiti e attivati criteri e modalità per controllare l'accesso da parte degli utenti a siti di download di contenuti;
- siano definiti i criteri e le modalità per la gestione dei sistemi *software* che prevedano la compilazione e manutenzione di un inventario aggiornato del *software* in uso presso il Policlinico;
- siano definiti e attivati criteri e modalità per controllare l'acquisto e l'uso di *software* formalmente autorizzato e certificato e sia prevista l'effettuazione di verifiche periodiche sui *software* installati e sulle memorie di massa dei sistemi in uso al fine di controllare la presenza di *software* proibiti e/o non licenziati e/o potenzialmente nocivi;
- la documentazione riguardante le attività sia archiviata allo scopo di garantire la completa tracciabilità della stessa;
- le applicazioni tengano traccia delle modifiche ai dati ed ai sistemi compiute dagli utenti;
- qualora la gestione della presente attività sia affidata *in outsourcing*, i contratti che regolano i rapporti con i fornitori del servizio prevedano apposite clausole che impongano:
  - o la conformità dei software forniti a leggi e normative ed in particolare alle disposizioni di cui alla L. 633/1941;
  - o la manleva per il Policlinico in caso di violazioni commesse dai fornitori del servizio stessi.

## I.4. Flussi informativi verso l'OdV

I Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

## **J. INDUZIONE A NON RENDERE DICHIARAZIONI O A RENDERE DICHIARAZIONI MENDACI ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA (ART. 25-DECIES DEL DECRETO)**

### J.1. Reato applicabile

Sulla base delle analisi condotte è considerato potenzialmente applicabile al Policlinico il reato di **induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria**, previsto dall'art.

377-bis c.p. e che punisce, salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, con violenza o minaccia, o con offerta o promessa di denaro o di altra utilità, induce a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci la persona chiamata a rendere davanti all'autorità giudiziaria dichiarazioni utilizzabili in un procedimento penale, quando questa ha facoltà di non rispondere.

## J.2. Attività sensibili e prevenzione

Come i delitti di criminalità organizzata (v. paragrafo C.2 della presente Parte Speciale), la fattispecie di cui all'art. 377-bis c.p. risulta essere non ricollegabile a specifiche attività d'impresa svolte dal Policlinico stessa, oltre che non inquadrabile in uno specifico sistema di controlli, posto che potrebbe essere commesso ad ogni livello aziendale ed in un numero pressoché infinito di modalità.

Si ritiene, perciò, che i principi contenuti nel Codice Etico costituiscano lo strumento più adeguato per prevenire la commissione di tale fattispecie.

Tutti i destinatari del Modello, quindi, al fine di evitare condotte che possano integrare tale delitto, adottano prassi e comportamenti che siano rispettosi del Codice Etico; in particolare, i destinatari del Modello seguono i principi etici del Policlinico relativi ai rapporti con l'autorità giudiziaria.

## **K. REATI AMBIENTALI (ART. 25-UNDECIES DEL DECRETO)**

### **K.1. Reati potenzialmente rilevanti**

Sulla base delle analisi condotte sono considerati astrattamente ipotizzabili in considerazione dell'attività svolta dal Policlinico i seguenti reati ambientali:

- **reati connessi allo scarico di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose**, previsti dall'art. 137, commi 2, 3, 5, 11 e 13, Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e che si configura nel caso in cui sia realizzato lo scarico di acque reflue industriali contenenti determinate sostanze pericolose:
  - o in assenza di autorizzazione o con autorizzazione sospesa o revocata (comma 2);
  - o senza osservare le prescrizioni dell'autorizzazione, o le altre prescrizioni dell'autorità competente (comma 3);
  - o oltre i valori limite fissati dalla legge o quelli più restrittivi fissati dalle regioni o dalle province autonome o dall'autorità competente (comma 5);
  - o La responsabilità dell'ente, inoltre, può derivare dall'effettuazione di scarichi:
    - sul suolo, negli strati superficiali del sottosuolo, nelle acque sotterranee e nel sottosuolo, in violazione degli artt. 103 e 104, D.Lgs. 152/2006, salve le eccezioni e le deroghe ivi previste (comma 11);
    - nelle acque del mare da parte di navi od aeromobili nel caso in cui lo scarico contenga sostanze o materiali per i quali è imposto il divieto assoluto di sversamento ai sensi delle disposizioni contenute nelle convenzioni internazionali vigenti in materia e ratificate dall'Italia (comma 13);
- **reati connessi alla gestione dei rifiuti**, previsti dall'art. 256, commi 1, 3, 5 e 6, D.Lgs. 152/2006 e che si configurano nei seguenti casi:
  - o attività di raccolta<sup>8</sup>, trasporto<sup>9</sup>, recupero<sup>10</sup>, smaltimento<sup>11</sup>, commercio ed intermediazione di rifiuti – sia pericolosi sia non pericolosi – in mancanza della prescritta autorizzazione, iscrizione o comunicazione (comma 1);
  - o realizzazione o gestione di una discarica non autorizzata, anche eventualmente destinata allo smaltimento di rifiuti pericolosi (comma 3);

<sup>8</sup> Per "raccolta" si intende «il prelievo dei rifiuti, compresi la cernita preliminare e il deposito, ivi compresa la gestione dei centri di raccolta [...] ai fini del loro trasporto in un impianto di trattamento» (art. 183, comma 1, lett. o), D.Lgs. 152/2006).

<sup>9</sup> Per "trasporto", in assenza di definizione legislativa, può intendersi la movimentazione, attraverso qualsiasi mezzo, del rifiuto da un luogo ad un altro, con eccezione degli spostamenti eseguiti all'interno di aree private (v. art. 193, comma 9, D.Lgs. 152/2006).

<sup>10</sup> Per "recupero" si intende «qualsiasi operazione il cui principale risultato sia di permettere ai rifiuti di svolgere un ruolo utile, sostituendo altri materiali che sarebbero stati altrimenti utilizzati per assolvere una particolare funzione o di prepararli ad assolvere tale funzione, all'interno dell'impianto o nell'economia in generale» (art. 183, comma 1, lett. t), D.Lgs. 152/2006)

<sup>11</sup> Per "smaltimento" si intende «qualsiasi operazione diversa dal recupero anche quando l'operazione ha come conseguenza secondaria il recupero di sostanze o di energia» (art. 183, comma 1, lett. z), D.Lgs. 152/2006).

- effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti (comma 5);
- deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi con violazione delle disposizioni di cui all'articolo 227, comma 1, lett. b), D.Lgs. 152/2006<sup>12</sup> (comma 6, primo periodo);
- **inquinamento del suolo, del sottosuolo, di acque superficiali o sotterranee**, previsto dall'art. 257, commi 1 e 2 D.Lgs. 152/2006, e costituito dalla condotta di chi cagiona l'inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali o delle acque sotterranee con il superamento delle concentrazioni soglia di rischio e non provvede alla comunicazione alle autorità competenti entro i termini previsti ovvero alla bonifica del sito secondo il progetto approvato dall'autorità competente;
- **predisposizione o utilizzo di un certificato di analisi rifiuti falso**, previsto dall'art. 258, comma 4, secondo periodo, D.Lgs. 152/2006 e che si configura nei casi in cui nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti si forniscano false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti, ovvero si faccia uso di un certificato falso durante il trasporto;
- **traffico illecito di rifiuti**, previsto dall'art. 259, comma 1, D.Lgs. 152/2006 e che si configura nel caso in cui venga effettuata una spedizione di rifiuti costituente traffico illecito ai sensi dell'articolo 26 del regolamento (CEE) 1° febbraio 1993, n. 259, ovvero tale spedizione tratti i rifiuti elencati nell'Allegato II del citato regolamento in violazione dell'articolo 1, comma 3, lettere a), b), e) e d) del regolamento stesso;
- **attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti, anche ad alta radioattività**, previsto dall'art. 260, commi 1 e 2, D.Lgs. 152/2006 e che si configura nel caso in cui vengano effettuate, con più operazioni e attraverso l'allestimento di mezzi e attività continuative organizzate, la cessione, il ricevimento, il trasporto, l'esportazione o l'importazione o, comunque, la gestione abusiva di ingenti quantitativi di rifiuti (anche ad alta radioattività);
- **falsificazione di un certificato di analisi di rifiuti utilizzato nell'ambito del sistema di controllo della tracciabilità degli stessi, utilizzo di un certificato o di una copia cartacea della scheda SISTRI fraudolentemente alterati**, previsti dall'art. 260-bis, commi 6, 7 e 8, D.Lgs. 152/2006 e che si configura nel caso in cui:
  - nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti, utilizzato nell'ambito del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, siano fornite false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti, nonché si inserisca un certificato falso nei dati da fornire ai fini della tracciabilità dei rifiuti (comma 6);
  - il trasportatore ometta di accompagnare il trasporto dei rifiuti con la copia cartacea della scheda SISTRI - Area Movimentazione e, ove necessario sulla base della normativa vigente, con la copia del certificato analitico che identifica le caratteristiche dei rifiuti pericolosi (comma 7);
  - durante il trasporto si faccia uso di un certificato di analisi di rifiuti contenente false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti trasportati (comma 7);
  - il trasportatore accompagni il trasporto di rifiuti (pericolosi o non pericolosi) con una copia cartacea della scheda SISTRI - Area Movimentazione fraudolentemente alterata (comma 8);
- **violazione dei valori limite di emissione nell'esercizio di uno stabilimento**, previsto dall'art. 279, comma 5, D.Lgs. 152/2006 e che si configura nel caso in cui le emissioni<sup>13</sup> in atmosfera prodotte dal Policlinico superando i valori limite di emissione, determinino altresì il superamento dei valori limite di qualità dell'aria previsti dalla vigente normativa;
- **reati connessi alla tutela dell'ozono**, previsti dall'art. 3, comma 6, L. 28 dicembre 1993, n. 549 e che si configurano nel caso in cui si effettuino attività di: produzione, consumo, importazione, esportazione, detenzione, e commercializzazione di sostanze lesive dello strato atmosferico di ozono.

<sup>12</sup> Tale disposizione rinvia al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

<sup>13</sup> Per "emissione" si intende «qualsiasi sostanza solida, liquida o gassosa introdotta nell'atmosfera che possa causare inquinamento atmosferico» (art. 268, comma 1, lett. b), D.Lgs. 152/2006). Per valore limite di emissione si intende «il fattore di emissione, la concentrazione, la percentuale o il flusso di massa di sostanze inquinanti nelle emissioni che non devono essere superati. I valori di limite di emissione espressi come concentrazione sono stabiliti con riferimento al funzionamento dell'impianto nelle condizioni di esercizio più gravose e, salvo diversamente disposto [dal titolo I della parte V del D.Lgs. 152/2006] o dall'autorizzazione, si intendono stabiliti come media oraria» (art. 268, comma 1, lett. q), D.Lgs. 152/2006).

## K.2. Attività sensibili

Il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibile, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbero essere commessi i citati reati ambientali previsti dall'art. 25-*undecies* del Decreto:

- gestione dei servizi tecnici dei fabbricati;
- raccolta e stoccaggio interno dei rifiuti;
- gestione dell'isola ecologica;
- gestione delle attrezzature;
- gestione ambientale.

## K.3. Protocolli di carattere generale

Nell'ambito della gestione degli aspetti ambientali rilevanti, si applicano i seguenti principi di carattere generale:

### Politica

il Policlinico adotti un sistema formalizzato di procedure per la gestione ambientale, nel quale risultino fissati, inoltre, gli obiettivi generali che la stessa si è proposta di raggiungere. Tali procedure:

- contengano l'impegno a garantire la conformità con le leggi in materia ambientale applicabili;
- siano adeguatamente comunicate ai dipendenti ed alle parti interessate;
- siano periodicamente aggiornate.

### Ruoli e responsabilità

il Policlinico adotti, con riferimento ai soggetti responsabili di attività aventi potenziali impatti sull'ambiente, un sistema di formale attribuzione delle responsabilità tramite deleghe e procure formalmente accettate; inoltre, siano previsti:

- un organigramma che includa le funzioni aziendali la cui attività ha potenziali impatti sull'ambiente;
- requisiti minimi specifici – da verificare periodicamente – delle singole funzioni, coerentemente alle esigenze organizzative ed alle disposizioni di legge in materia (ad es. pregressa esperienza, titoli specifici, competenze e formazione, ecc.);
- un documento che descriva le funzioni pertinenti alle attività dell'organizzazione.

### Controllo della legislazione

il Policlinico adotti un sistema formalizzato che definisca:

- ruoli e responsabilità con riferimento alle informazioni inerenti gli aspetti normativi rilevanti e le prescrizioni applicabili in materia ambientale;
- criteri e modalità per l'aggiornamento normativo e la relativa comunicazione alle aree aziendali interessate;
- criteri e modalità per la verifica dell'evoluzione della *best practice* e delle norme tecniche in materia ambientale.

### Gestione della documentazione

il Policlinico adotti una procedura che disciplini le attività di controllo della documentazione inerente la Gestione Ambientale. Tale procedura definisca:

- ruoli e responsabilità nella gestione della documentazione (ad es. Manuale, Procedure, Istruzioni operative), in coerenza con la politica aziendale;
- modalità di registrazione, gestione, archiviazione e conservazione della documentazione prodotta (ad es. modalità di archiviazione e di protocollazione dei documenti, a garanzia di adeguata tracciabilità e verificabilità).

### Competenza, formazione e consapevolezza

il Policlinico adotti una procedura che regolamenti il processo di informazione, formazione e organizzazione dei corsi di addestramento, anche in materia ambientale, definendo in particolare:

- ruoli e responsabilità inerenti la formazione sugli aspetti ambientali e sulle relative procedure, alla quale tutti i dipendenti del Policlinico devono obbligatoriamente sottoporsi;
- criteri di aggiornamento e/o integrazione della formazione, in considerazione di eventuali trasferimenti o cambi di mansioni, introduzione di nuove attrezzature o tecnologie che possano determinare impatti ambientali significativi, ecc.;
- contenuti e modalità di erogazione della formazione in funzione del ruolo e della mansione assunta all'interno della struttura organizzativa, in particolare con riguardo alle funzioni coinvolte dagli aspetti ambientali;
- tempi di erogazione della formazione (ad es. definizione di un piano di formazione).



### **Individuazione aspetti ambientali e controllo operativo**

Siano definiti i criteri ed i soggetti incaricati del controllo delle attività sensibili con riferimento agli impatti ambientali, nonché criteri organizzativi per:

- individuare gli aspetti ambientali pertinenti;
- definire e valutare la significatività degli impatti ambientali negativi che determinano potenziali rischi di commissione dei Reati ambientali;
- individuare misure di controllo degli aspetti ambientali negativi in ragione del livello di accettabilità del rischio di commissione dei reati ambientali.

il Policlinico **adotti una specifica procedura volta a favorire il controllo delle attività sensibili con riferimento agli impatti ambientali**, definendo in particolare i criteri ed i soggetti incaricati del controllo.

### **Gestione degli acquisti**

il Policlinico adotti una procedura che descriva le modalità di selezione dei fornitori e stabilisca:

- ruoli, responsabilità e modalità di selezione dei fornitori e subappaltatori;
- la verifica dei requisiti tecnico-professionali in capo ai fornitori (ad es. iscrizione albo gestori ambientali per soggetti preposti alla gestione dei rifiuti, ecc.);
- la previsione di clausole contrattuali che impongano il rispetto delle normative ambientali applicabili e, ove necessario, delle procedure definite dal Policlinico, nonché del rispetto dei principi generali contenuti nel Modello e nel Codice Etico;
- le modalità di verifica e monitoraggio sul rispetto della normativa in materia ambientale da parte dei fornitori di servizi e di movimentazioni.

### **Gestione delle emergenze ambientali**

il Policlinico adotti una specifica procedura per la gestione delle emergenze aventi un potenziale impatto sull'ambiente, la quale:

- individui gli scenari delle possibili emergenze ambientali;
- definisca ruoli, responsabilità e misure per il controllo delle situazioni d'emergenza;
- individui i provvedimenti idonei ad evitare rischi per la salute pubblica o rischi di deterioramento dell'habitat;
- definisca tempi e modalità di svolgimento delle prove d'emergenza;
- preveda le modalità di tenuta dei registri storici contenenti i riferimenti alle prove e simulazioni effettuate ed alle situazioni di emergenza verificatesi, al fine di consentire la valutazione dell'adeguatezza dei piani di risposta approntati e la tracciabilità delle azioni correttive attuate.

### **Attività di audit**

Con riferimento alle attività di audit sull'efficienza ed efficacia del sistema di gestione ambientale, siano definiti ruoli, responsabilità e modalità operative per la conduzione delle stesse, nonché le modalità di:

- individuazione e applicazione di azioni correttive e di verifica sull'effettiva attuazione delle stesse;
- comunicazione dei risultati al Consiglio di Amministrazione.

## **K.4. Protocolli specifici di prevenzione**

Per le operazioni riguardanti la **gestione dei servizi tecnici dei fabbricati** e la **gestione ambientale**, i protocolli prevedono che:

- con riferimento alla **gestione delle acque**, siano definiti criteri e modalità per:
  - o effettuare gli interventi di manutenzione periodica e programmata dei siti di deposito volti a limitare l'esposizione dei rifiuti agli agenti atmosferici;
  - o regolamentare la gestione degli aspetti inerenti gli scarichi idrici, con particolare attenzione alle attività di:
    - - richiesta e rinnovo autorizzazioni;
    - - controllo ed analisi periodica;
    - - intervento a fronte di parametri con valori superiori ai limiti stabiliti;
  - o assicurare l'effettuazione degli interventi di manutenzione straordinaria da adottarsi anche al fine del contenimento di eventuali incidenti ambientali;
  - o assicurare la disponibilità della documentazione relativa (ad es. registrazioni relative ai controlli analitici, registri di manutenzione).
- con riferimento alla **gestione dei rifiuti**, siano definiti criteri e modalità affinché:
  - o nell'ambito della *produzione dei rifiuti*:

- al momento della definizione dei requisiti dei prodotti da acquistare sia tenuto in debito conto la gestione del “fine vita” del prodotto stesso, indirizzando le scelte verso quei prodotti che possono essere in tutto o in parte destinati al recupero;
- sia favorita la riduzione dei rifiuti da inviare a discarica favorendo il riuso degli stessi;
- nell’ambito della *raccolta dei rifiuti* sia adottato uno strumento organizzativo che:
  - disciplini ruoli e responsabilità per assicurare l’accertamento della corretta codifica dei rifiuti anche attraverso l’individuazione di idonei soggetti atti all’eventuale controllo analitico degli stessi;
  - assicuri la corretta differenziazione dei rifiuti e prevenga ogni miscelazione illecita;
  - assicuri la corretta gestione dei depositi temporanei dei rifiuti sulla base della tipologia e dei quantitativi di rifiuti prodotti;
  - valuti l’eventuale necessità di autorizzazioni per lo svolgimento delle attività di raccolta (ad es. stoccaggi) e attivi le necessarie procedure per l’ottenimento delle stesse;
  - pianifichi e assicuri il monitoraggio dell’attività comunicandone le risultanze ai soggetti preposti;
  - assicuri la disponibilità della documentazione relativa (ad es. registrazioni relative ai controlli analitici);
- nell’ambito del *trasporto dei rifiuti* sia adottato ed attuato uno strumento organizzativo che:
  - disciplini ruoli e responsabilità per assicurare che il soggetto individuato per l’esecuzione dei trasporti posseda i prescritti requisiti richiesti dalla normativa vigente;
  - assicuri, nel caso di trasporto condotto in proprio, il possesso dei prescritti requisiti richiesti dalla normativa vigente;
  - assicuri la corretta gestione degli adempimenti per controllare il trasporto dei rifiuti fino al momento dell’arrivo alla destinazione finale (gestione dei formulari e dei registri carico/scarico, gestione SISTRI);
  - assicuri la disponibilità della documentazione relativa (ad es. registri, formulari, documentazione analitica di accompagnamento, ecc.);
- nell’ambito dello *smaltimento dei rifiuti* sia adottato e attuato uno strumento organizzativo che:
  - disciplini ruoli e responsabilità per assicurare che il soggetto individuato per lo smaltimento posseda i prescritti requisiti previsti dalla normativa vigente;
  - assicuri la corretta gestione degli adempimenti per controllare che lo smaltimento sia condotto secondo liceità, anche attraverso la previsione di apposite clausole contrattuali che disciplinino le responsabilità del soggetto individuato per lo smaltimento e le conseguenze in capo allo stesso per inadempimenti contrattuali e violazioni della normativa ambientale;
  - sia monitorata periodicamente la corretta gestione dei FIR (Formulari di Identificazione dei Rifiuti), anche avvalendosi di database e di riepiloghi per codice CER (elaborati dal soggetto incaricato della gestione del SISTRI), propedeutico alla corretta compilazione del MUD annuale (Modello Unico di Dichiarazione ambientale);
  - assicuri la disponibilità della documentazione relativa;
- con riferimento alla **protezione dei suoli dall’inquinamento**, sia previsto un sistema organizzativo che:
- disciplini ruoli e responsabilità per:
  - l’individuazione delle necessarie misure per evitare l’inquinamento del suolo, del sottosuolo e delle acque superficiali o sotterranee;
  - assicurare l’effettuazione degli interventi di verifica e di manutenzione periodica e programmata su attrezzature ed impianti con potenziali impatti negativi sull’ambiente nonché su eventuali altri presidi posti a protezione dell’ambiente;
  - assicurare l’effettuazione degli interventi di manutenzione straordinaria da adottarsi anche al fine del contenimento di eventuali incidenti ambientali;

- definisca, ove necessario, un idoneo programma di monitoraggio del suolo, del sottosuolo e delle acque superficiali o sotterranee per controllare eventuali fenomeni di inquinamento;
- definisca delle idonee misure di controllo atte a contenere l'inquinamento a fronte del verificarsi di emergenze ambientali;
- disciplini ruoli e responsabilità per assicurare l'effettuazione delle prescritte comunicazioni a seguito dell'accadimento di emergenze ambientali che abbiano determinato l'inquinamento del suolo, del sottosuolo e delle acque superficiali o sotterranee;
- assicuri la disponibilità della documentazione relativa (ad es. registrazioni relative ai controlli analitici);
- pianifichi e assicuri il monitoraggio dell'attività comunicandone le risultanze ai soggetti preposti;
- con riferimento alla **protezione dell'aria dall'inquinamento**, sia previsto uno strumento organizzativo che:
  - disciplini ruoli e responsabilità per:
    - - individuare le attività che possono comportare emissioni in atmosfera e che assicuri l'ottenimento ed il mantenimento, ove previsto, delle prescritte autorizzazioni;
    - - assicurare il monitoraggio dei parametri chimico/fisici degli effluenti;
    - - assicurare l'effettuazione degli interventi di manutenzione periodica e programmata;
    - - assicurare l'effettuazione degli interventi di manutenzione straordinaria;
  - pianifichi e assicuri che vengano effettuati, nei casi previsti, i monitoraggi dei parametri chimico/fisici degli effluenti;
  - assicuri che, ove prescritto, le risultanze del monitoraggio siano comunicate ai soggetti preposti;
  - assicuri la disponibilità della documentazione pertinente (ad es. registrazioni relative ai controlli analitici, registri di manutenzione);
- con riferimento alla **tutela dell'ozono**, siano definiti criteri e modalità per:
  - censire le apparecchiature che contengono sostanze lesive dell'ozono e mantenerne aggiornati gli elenchi al fine di pianificare la dismissione delle stesse;
  - disciplinare ruoli e responsabilità per assicurare che il soggetto individuato per la manutenzione e lo smaltimento possieda i prescritti requisiti previsti dalla normativa vigente.

Per le operazioni riguardanti la **raccolta e stoccaggio interno dei rifiuti** e la **gestione delle attrezzature**, i protocolli prevedono che:

- con riferimento alla **gestione dei rifiuti** si applichi quanto previsto al punto corrispondente di cui alle precedenti attività sensibili.

Per le operazioni riguardanti la **gestione dell'isola ecologica**, i protocolli prevedono che:

- con riferimento alla **gestione dei rifiuti** e alla **gestione delle acque**, si applichi quanto previsto ai punti corrispondenti di cui alle precedenti attività sensibili.

## **K.5. Flussi informativi verso l'OdV**

I Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.

## **L. IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO È IRREGOLARE (ART. 25-DUODECIES DEL DECRETO)**

### **L.1. Reato applicabile**

Sulla base delle analisi condotte è considerato applicabile al Policlinico il reato di **impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare**, previsto dall' art. 22, comma 12-*bis* del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e costituito dalla condotta di chi, in qualità di datore di lavoro, occupa alle proprie dipendenze lavoratori stranieri privi del permesso di soggiorno ovvero il cui permesso sia scaduto e del quale non sia stato

chiesto, nei termini di legge, il rinnovo, ovvero sia revocato o annullato se i lavoratori occupati sono (alternativamente):

- in numero superiore a tre;
- minori in età non lavorativa;
- sottoposti alle altre condizioni lavorative di particolare sfruttamento di cui al terzo comma dell'art. 603-*bis* c.p., cioè esposti a situazioni di grave pericolo, con riferimento alle prestazioni da svolgere e alle condizioni di lavoro

### L.2. Attività sensibili

il Policlinico ha individuato le seguenti attività sensibili, nell'ambito delle quali, potenzialmente, potrebbe essere commesso il reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare previsto dall'art. 25-*duodecies* del Decreto:

- selezione del personale;
- gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere).

### L.3. Protocolli specifici di prevenzione

Per le operazioni riguardanti la **selezione del personale**, si applica quanto previsto al paragrafo A.4 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- in fase di assunzione, la Direzione del Personale raccolga dal candidato copia del regolare permesso di soggiorno, del quale verifichi la scadenza al fine di monitorarne la validità durante il proseguo del rapporto di lavoro;
- la documentazione sia conservata, ad opera della Direzione del Personale, in un apposito archivio, con modalità tali da impedire la modifica successiva, al fine di permettere la corretta tracciabilità dell'intero processo e di agevolare eventuali controlli successivi.

Nelle ipotesi di inserimento nell'organico di un lavoratore straniero, anche a tempo determinato, il personale addetto alle procedure di assunzione sia obbligato, per quanto di propria competenza, a dichiarare in forma scritta all'amministratore l'avvenuto rispetto delle prescrizioni e dei divieti contenuti nel d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286.

Nel caso di agenzie fornitrici di lavoro interinale andrà controllato che si avvalgano di lavoratori in regola con la normativa in materia di permesso di soggiorno e che eventuali soggetti terzi con cui la Società collabora si avvalgano di lavoratori in regola con la normativa in materia di permesso di soggiorno.

Per le operazioni riguardanti la **gestione degli appalti e subappalti (servizi ed opere)**, si applica quanto previsto al paragrafo H.3 della presente Parte Speciale, con riferimento alla corrispondente attività sensibile. Inoltre, i protocolli prevedono che:

- sia verificata la sussistenza dei requisiti normativi di regolarità della controparte tramite la consegna della documentazione prevista dalla legge (ad es. documento unico di regolarità contributiva – DURC);
- sia prevista contrattualmente la possibilità, per il Policlinico, di effettuare verifiche sul personale impiegato dalla controparte, anche ai fini del rispetto degli obblighi in materia di sicurezza e igiene del lavoro.

### L.4. Flussi informativi verso l'OdV

I Responsabili delle attività sensibili trasmettono all'OdV le informazioni indicate nelle procedure o negli altri Strumenti di attuazione del Modello applicabili, con la periodicità e le modalità previste dagli stessi.