



**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE
GESTIONE E CONTROLLO
ex D. Lgs. 8 GIUGNO 2001 n. 231**

Approvato dal CdA in data 24.09.2024

PARTE GENERALE

INDICE

1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI	3
2. Il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001 n. 231	4
2.1 Il regime della responsabilità amministrativa previsto a carico delle persone giuridiche	4
2.2 L'adozione del Modello Organizzativo quale condizione di possibile esclusione della responsabilità amministrativa	6
3. Adozione del Modello ex D. Lgs. 231 del 2001	7
3.1 Stato delle procedure e obiettivi perseguiti con l'adozione del modello	7
3.2 Finalità del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo	8
3.3 Sistema di Monitoraggio	14
4. L'Organismo di Vigilanza	15
4.1 Nomina, durata e sostituzione dei membri	15
4.2 Compenso e capacità di spesa	17
4.3 Regole di funzionamento e convocazione	17
4.4 Poteri e funzioni dell'Organismo di Vigilanza	17
4.5 I flussi informativi e le segnalazioni da parte dell'OdV e le relazioni con gli organi sociali	18
4.6 I flussi informativi e le segnalazioni nei confronti dell'OdV	19
4.7 Registro delle attività; Libro delle riunioni dell'OdV; Raccolta e conservazione informazioni	20
5. Il Sistema Whistleblowing	20
6. Il Sistema Disciplinare	22
6.1 Misure nei confronti degli Amministratori e del Revisore	23
6.2 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati	23
6.3 Misure nei confronti dei lavoratori autonomi, liberi professionisti, consulenti esterni, partner	24
6.4 Misure nei confronti dei dipendenti inquadrati nella categoria dei dirigenti	24
6.5 Misure nei confronti dei componenti dell'OdV	24
6.6 Misure nei confronti dei fornitori	24
7. Regole di comportamento e Codice Etico	24
8. Diffusione e formazione sul Modello	25
8.1 Diffusione, formazione e informazione sul Modello	25

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI

Si fornisce in seguito la definizione dei principali termini utilizzati nel Modello di Organizzazione Gestione e Controllo adottato dalla Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga (d'ora in poi Ospedale Civile di Gonzaga).

Modello: complesso dei principi di comportamento e delle procedure operative ad essi ispirate al fine di prevenire la commissione dei reati, ai sensi degli artt. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001, ad integrazione degli strumenti Organizzativi e di Controllo vigenti nell'Ente. Il Modello prevede anche 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 direttive in esso contenute.

Soggetti apicali: tutti coloro che rivestono, anche in base al criterio dell'effettività, funzioni di rappresentanza, amministrazione, direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale.

Pubblico ufficiale: ogni soggetto che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. E' pubblica la funzione amministrativa disciplinata dal diritto pubblico o da atti autorizzativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della P.A. o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autorizzativi o certificativi.

Pubblica Amministrazione o P.A.: si intende qualsiasi Ente Pubblico¹, 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 o funzionario della Comunità europea o stato estero.

Processi sensibili: ogni processo dell'attività dell'Ente in relazione al quale si ritiene possibile la commissione dei reati sanzionati dal D. Lgs. 231/01.

Procedure: insieme di regole e protocolli formalizzati per l'esecuzione di determinate operazioni e processi dell'Ente.

Soggetti destinatari: tutti coloro a cui il Modello è rivolto, quindi Soci, Amministratori, Sindaci, Direttori, Dipendenti, Collaboratori e Consulenti in genere.

Tracciabilità: l'aspetto procedurale che prevede la dimostrazione, attraverso precise tracce documentali, dello svolgimento di un certo evento dell'Ente o di un processo decisionale.

Organismo di vigilanza: l'Organismo, che, nell'ambito dell'applicazione del Modello, ha il compito di vigilare 1) sull'osservanza delle prescrizioni dello stesso (in relazione alle diverse tipologie di reato contemplate nel Decreto); 2) sull'efficacia del Modello in relazione alla struttura dell'Ente e all'effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati; 3) sull'irrogazione delle sanzioni disciplinari interne, nel caso in cui vi sia stata violazione, da parte dei soggetti interessati, delle regole fissate nel Modello stesso; 4) sulla pianificazione e lo svolgimento di un'adeguata attività di formazione; 5) sull'opportunità di aggiornamento del Modello, qualora si ravvisino esigenze di modifica dello stesso, in relazione all'introduzione di nuove fattispecie di reato nell'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/01.

Controllo interno: 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 svolte da Ospedale Civile di Gonzaga, 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 al Consiglio di Amministrazione. Esso non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività dell'Ente, né facoltà di destinare risorse economiche e finanziarie dell'Ente stesso. E' una

¹ Nella definizione di Ente Pubblico sono compresi anche i soggetti privati che, per ragioni preminenti di ordine politico – economico, adempiono ad una funzione pubblicistica posta a presidio della tutela di interessi generali.

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

funzione indipendente alla quale tutte le strutture dell'Ente si possono rivolgere per la risoluzione dei problemi legati alla compliance e al rispetto delle regole interne dell'Ospedale Civile di Gonzaga.

2. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231

2.1 IL REGIME DI RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA PREVISTO A CARICO DELLE PERSONE GIURIDICHE EX D. LGS. 231/2001

Il D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231, che reca la "Disciplina della responsabilità amministrativa degli enti forniti di personalità giuridica, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica" (di seguito anche il "Decreto" o il "D.Lgs. 231/2001"), entrato in vigore il 4 luglio 2001 in attuazione dell'art. 11 della Legge Delega 29 settembre 2000 n. 300, ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano, conformemente a quanto previsto in ambito comunitario, la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche (società ed enti) e delle società ed associazioni anche prive di responsabilità giuridica per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Tale nuova forma di responsabilità, sebbene sia definita "amministrativa" dal legislatore, presenta i caratteri propri della responsabilità penale, essendone rimesso l'accertamento al giudice penale competente a conoscere i reati dai quali essa è fatta derivare, ed essendo estese alle persone giuridiche le medesime cautele e garanzie del processo penale.

L'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/01 contempla i reati in seguito indicati:

1. **Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione europea o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture** (art. 24 D. Lgs. 231/01 modificato dalla L. 161/2017 e dal D. Lgs. 75/20 e dalla L. n. 137/2023);
2. **Delitti informatici e trattamento illecito di dati** (art. 24-bis D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 48/2008 e modificato dal D. Lgs. 7 e 8/2016 e dal D.L. n. 105/2019);
3. **Delitti di criminalità organizzata** (art. 24 ter D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 94/2009 e modificato dalla L. 69/2015);
4. **Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e abuso d'ufficio** (art. 25 D. Lgs. 231/01 modificato dalla L. n. 190/2012, dalla L. 3/2019 e dal D. Lgs. 75/20);
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. 231/01 introdotto dal D.L. 350/2001, convertito con modificazioni dalla L. n. 409/2001, modificato con L. 99/2009 e dal D. Lgs. 125/2016);
6. **Delitti contro l'industria e il commercio** (art. 25-bis 1 D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 99/2009);
7. **Reati societari** (art. 25-ter D. Lgs. 231/01 introdotto dal D.Lgs. 61/2002, modificato dalla L. 190/2012, dalla L. 69/2015 e dal D.Lgs. 38/2017 e dal D.Lgs. n. 19/2023);
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. 231/01 introdotto dalla L. 7/2003);
9. **Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili** (art. 25– quater. 1 D. Lgs. 231/01 introdotto dalla Legge 7/2006);

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

10. **Delitti contro la personalità individuale** (art. 25 quinquies D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 228/2003, modificato dalla L. 199/2016);
11. **Reati di abusi di mercato** (art. 25- sexies D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 62/2005);
12. **Altre fattispecie in materia di abusi di mercato** (art. 187- quinquies TUF modificato dal D. Lgs. 107/18);
13. **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. 231/01 introdotto dalla L. 123/2007, modificato dalla L. 3/2018);
14. **Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio** (art. 25- octies D. Lgs. 231/01, introdotto dal D.Lgs. 231/2007, modificati dalla L. 186/2014e dal D.Lgs. n. 195/2021);
15. **Delitti in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti** (Art. 25-octies.1, D.Lgs. n. 231/2001 aggiunto dal D.Lgs. 184/2021 e modificata dalla L. n. 137/2023);
16. **Altre fattispecie in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti** (Art. 25-octies.1 comma 2, D.Lgs. n. 231/2001 aggiunto dal D.Lgs. 184/2021);
17. **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore** (art. 25- novies D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 99/2009 modificato dalla L. n. 93/2023);
18. **Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria** (art. 25-decies D. Lgs. 231/01 introdotto dalla Legge 116/2009);
19. **Reati ambientali** (art. 25- undecies D. Lgs. 231/01 introdotto dal D.Lgs. 121/2011 modificato dalla L. 68/2015 e dal D. Lgs. 21/2018 e modificato dalla L. n. 137/2023);
20. **Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare** (art. 25-duodecies D. Lgs. 231/01 introdotto dal D.Lgs. 109/2012 modificato dalla L. n. 161/2017 e dal D.L. n. 20/2023);
21. **Razzismo e xenofobia** (art. 25 terdecies D. Lgs. 231/01 introdotto dalla L. 167/2017 modificato dal D. Lgs. 21/2018);
22. **Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati** (art. 25 quaterdecies D. Lgs. 231/01 aggiunto dalla L. 39/2019);
23. **Reati tributari** (art. 25 quinquiesdecies D. Lgs. 231/01 aggiunto dalla L. 157/2019 e modificato dal D. Lgs. 75/20)
24. **Contrabbando** (art. 25 sexiesdecies D. Lgs. 231/01 aggiunto dal D. Lgs. 75/20)
25. **Delitti contro il patrimonio culturale** (Art. 25-septiesdecies, D.Lgs. n. 231/2001 aggiunto dalla L. n. 22/2022);
26. **Riciclaggio di beni culturali e devastazione e saccheggio di beni culturali e paesaggistici** (Art. 25-duodevicies, D.Lgs. n. 231/2001 aggiunto dalla L. n. 22/2022);
27. **Responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato** (costituiscono presupposto per gli enti che operano nella filiera degli oli vergini di oliva) introdotto dall'art. 12 L. 9/2013;
28. **Reati transnazionali** introdotti dalla L. 146/2006 (costituiscono presupposto per la responsabilità amministrativa degli enti i seguenti reati se commessi in modalità transnazionale) – Disposizioni contro le immigrazioni clandestine – Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope – Associazione

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri – Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria

L'ente può essere ritenuto responsabile e, di conseguenza, vedersi comminare le sanzioni previste dal D. Lgs. 231/01, in relazione alle fattispecie di reato sopra indicate qualora siano state commesse a suo vantaggio o nel suo interesse dagli amministratori, dai dipendenti, dai collaboratori o da chiunque agisca in sua rappresentanza.

I presupposti affinché un ente possa incorrere nella responsabilità "amministrativa" di cui al D. Lgs. 231/01 sono:

- che una persona fisica – la quale si trova rispetto all'ente, in una delle relazioni previste dall'art. 5 (soggetti apicali o loro sottoposti) commetta uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;
- che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente;
- che il reato commesso dai soggetti individuati dalla legge derivi, quanto meno, da una colpa di organizzazione dell'ente.

2.2 L'ADOZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO QUALE CONDIZIONE DI POSSIBILE ESCLUSIONE DELLA RESPONSABILITA' 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" - stabilisce che *"nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b), 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 comma 1 del D. Lgs. 231/2001 stabilisce che l'ente non risponde a titolo di responsabilità amministrativa, qualora dimostri che:

- ✓ l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- ✓ il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curarne il relativo aggiornamento, è stato affidato ad un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;
- ✓ le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli;
- ✓ non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo preposto al controllo.

L'adozione del modello di organizzazione, gestione e controllo sembra dunque consentire all'ente di potersi sottrarre all'imputazione di responsabilità amministrativa. Ma la mera adozione di tale documento, ad opera dell'organo dirigente dell'ente, da individuarsi nel

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

vertice dell'organizzazione, non è sufficiente ad escludere detta responsabilità, essendo necessario che il modello sia efficace ed effettivo.

Il Decreto prevede che il modello per essere efficace debba:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;

Con riferimento all'effettività del modello, il Decreto richiede:

- la verifica periodica, e, nel caso in cui siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni imposte dal modello, o intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'ente, ovvero modifiche legislative, la modifica del modello;
- l'adozione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle prescrizioni imposte dal modello.

3. ADOZIONE DEL MODELLO EX D. LGS. 231/01

3.1 STATO DELLE PROCEDURE E OBIETTIVI PERSEGUITI CON L'ADOZIONE DEL MODELLO

Ospedale Civile di Gonzaga eroga prestazioni socio-assistenziali, sanitarie, riabilitative e di animazione, nei confronti degli utenti dei servizi in seguito indicati:

- R.S.A.
- Cure Intermedie (Riabilitazione di mantenimento e Riabilitazione generale e geriatrica).
- Poliambulatorio specialistico e Fisioterapico con Punto Prelievi.
- Ambulatori per medici di famiglia.

Ospedale Civile di Gonzaga, nell'ottica di predisporre un'efficiente attività di controllo e di monitoraggio di tutti i processi sensibili, ha adottato ed implementato un Modello Organizzativo aderente alle disposizioni del D. Lgs. 231/01 che è stato approvato dal CDA.

Ospedale Civile di Gonzaga è sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività sociali, a tutela della propria posizione e immagine, delle aspettative dei soci e del lavoro dei propri dipendenti. L'adozione del Modello è avvenuta con la consapevolezza dell'importanza di dotarsi di un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la commissione di comportamenti illeciti da parte dei propri amministratori, dipendenti e collaboratori. Trattasi quindi di una scelta dell'Ente.

Il Modello è stato predisposto tenendo presenti, oltre le prescrizioni del Decreto, anche le linee guida elaborate in materia da associazioni di categoria ed è stato adottato con apposita delibera dal CdA.

Attraverso l'adozione del Modello, l'Ente intende:

- rendere noto ai destinatari del Modello la consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate, in sanzioni irrogabili direttamente all'Ente;
- ribadire che tali forme di comportamento illecito sono condannate dall'Ente, in quanto contrarie, oltre che alle disposizioni di legge, anche ai principi etici adottati;

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- consentire all'Ente, mediante monitoraggio sulle aree di attività a rischio, di intervenire tempestivamente per prevenire o contrastare la commissione dei reati.

3.2 FINALITA' DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Ospedale Civile di Gonzaga allo scopo di assicurare, a tutela della propria posizione e immagine, condizioni di correttezza, integrità e trasparenza nella conduzione della propria attività con riferimento alle esigenze individuate nel Decreto, ha attuato un programma di analisi dei propri strumenti organizzativi di gestione e controllo, verificando la corrispondenza delle procedure dell'Ente già esistenti alle finalità previste dal decreto per poi procedere all'attuazione del Modello rigorosamente secondo i dettami di legge.

Gli "elementi" fondamentali sviluppati da Ospedale Civile di Gonzaga nella definizione del Modello che costituiscono i criteri generali ispiratori del presente documento, possono essere così riassunti:

- mappa delle attività e dei processi dell'Ente "sensibili" rispetto alla commissione dei reati richiamati dal Decreto, da sottoporre, pertanto, ad analisi e monitoraggio periodico;
- principi etici in relazione ai comportamenti che possono integrare le fattispecie di reato previste dal Decreto, che trovano riscontro sia nel Codice Etico adottato da Ospedale Civile di Gonzaga che nel presente Modello;
- individuazione di specifiche procedure interne relative ai processi strumentali ritenuti a maggior rischio di reato, al fine di fornire indicazioni specifiche sul sistema di controlli preventivo da adottare in conformità ai principi delineati nelle regole generali del Modello ed in relazione ai reati specifici da prevenire. Tali procedure dovranno individuare i soggetti titolari delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità;
- Organismo di Vigilanza, e attribuzione interna di specifici compiti di vigilanza sull'efficace e corretto funzionamento del Modello. Individuazione di obblighi informativi nei confronti degli addetti al controllo interno e dell'OdV, nonché di appositi canali informativi interni;
- Introduzione di un sistema sanzionatorio idoneo a garantire l'efficace attuazione del Modello, contenente le disposizioni disciplinari applicabili in caso di mancato rispetto delle misure indicate nel Modello medesimo e di violazioni delle linee di condotta indicate ai fini della prevenzione dei reati di cui al D. Lgs. 231/01;
- Programmi di formazione interna, obbligatori per tutti i livelli, e di informazione, sensibilizzazione e divulgazione ai terzi sui contenuti del Decreto, sulle regole comportamentali e sulle procedure adottate dal Gruppo;
- Individuazione di regole e responsabilità per l'adozione, l'applicazione e le successive modifiche del Modello nonché per la sua verifica di funzionamento ed efficacia;
- Previsione di adeguata separazione delle funzioni, al fine di impedire che i destinatari del modello possano gestire in maniera autonoma un intero processo, nonché definizione e attribuzione di poteri autorizzativi in linea con le responsabilità assegnate;
- Regolamentazione delle modalità di effettuare segnalazioni all'OdV e dei sistemi attraverso cui l'Organismo garantisce la riservatezza del segnalante.

Il Modello, risponde a specifiche prescrizioni contenute nel D. Lgs. 231/2001, finalizzate a prevenire la commissione di particolari tipologie di reati (per fatti che, apparentemente commessi a vantaggio dell'Ente, possono fare sorgere a carico della stessa una responsabilità amministrativa da reato in base alle disposizioni del Decreto).

Le disposizioni del presente Modello sono, dunque, vincolanti per gli amministratori dell'Ente, i lavoratori subordinati, i collaboratori esterni e, in particolare, per tutti coloro

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

che svolgono attività identificate a rischio di reato, opportunamente formati e informati in relazione ai contenuti del Modello.

Individuazione delle attività “a rischio di reato 231”.

Il Decreto prevede espressamente, al relativo art. 6, comma 2, lett. a), che il modello di organizzazione, gestione e controllo individui le attività dell'Ente, nel cui ambito possano essere potenzialmente commessi i reati dallo stesso previsti.

In applicazione dello stesso è stata effettuata l'analisi delle attività dell'Ente e delle strutture organizzative, allo scopo di identificare i rischi di reato concretamente realizzabili (cosiddette aree di attività “sensibili”), nonché i processi nel cui ambito, sempre in linea di principio, potrebbero crearsi le condizioni e/o gli strumenti per la commissione di alcune fattispecie di reato (cosiddetti processi “strumentali”). Il dettaglio delle principali attività “a rischio” e i possibili reati ad esse correlati è riportato nella PARTE SPECIALE.

Adozione e aggiornamento del Modello

In ottemperanza al disposto dell'art. 6 comma 1 lettera a del D. Lgs. 231/01, il modello rappresenta un “atto di emanazione dell'organo dirigente” pertanto l'adozione e l'efficace attuazione del Modello sono una responsabilità rimessa al Consiglio di Amministrazione a cui compete di conseguenza il potere di adottare aggiornamenti dello stesso. L'attività di aggiornamento, integrazione e/o modifica, è volta a garantire l'adeguatezza e l'idoneità del Modello. Compete, all'Organismo di Vigilanza la verifica circa la necessità di procedere all'aggiornamento del Modello segnalandolo al Consiglio di Amministrazione.

Metodo di valutazione del rischio - Individuazione delle aree sensibili

In questa fase si procede prendendo in considerazione tutti i reati contemplati dal D. Lgs. 231 e le funzioni potenzialmente coinvolte in attività a rischio di commissione di ciascun reato; contemporaneamente vengono analizzate le modalità organizzative e le procedure di controllo in essere per la prevenzione dei reati medesimi.

Per ogni processo viene analizzato:

- quali soggetti intervengono nel processo e con quali compiti;
- come sono attribuite le responsabilità (sistema delle deleghe) ed i poteri di rappresentanza (sistema delle procure);
- quali sono i poteri di spesa dei soggetti coinvolti;
- quali sono i documenti prodotti;
- le procedure o azioni di controllo in essere;
- gli eventuali meccanismi di sorveglianza quali auditing esterni.

Le risultanze di tale analisi volta all'individuazione dei processi/aree dell'Ente in cui potrebbero concretamente manifestarsi i reati previsti dal Decreto (cosiddette aree sensibili) e delle modalità in cui potrebbero concretizzarsi, ovvero secondo quale condotta illecita, sono sintetizzate nel documento denominato **MAPPA DELLE ATTIVITA' SENSIBILI**. In particolare, la mappa delle attività sensibili fornisce una fotografia della situazione dell'Ente mettendo in relazione le principali aree a rischio con i reati previsti dal Decreto 231/2001.

Valutazione dell'entità del rischio

Consiste nella **valutazione analitica delle aree a rischio** individuate nella fase precedente, tenendo conto del sistema dei controlli esistenti e **definizione del profilo di rischio** dell'Ente rispetto ai reati previsti dal Decreto 231/2001.

A questo scopo uno dei passaggi rilevanti è la **valutazione dell'entità dei rischi**, ossia il calcolo della **probabilità** che ciascun rischio individuato si verifichi e della **rilevanza** del danno che produrrebbe tale accadimento.

Il rischio viene definito come funzione di D (rilevanza del danno, inteso come danno complessivo alla Società) e di P (probabilità di commissione e imputazione del reato), cioè:

$$R = f(D, P)$$

ove:

R = entità del rischio

D = rilevanza del danno

P = probabilità di commissione e imputazione del reato

La **rilevanza del danno D** è direttamente correlato alla possibilità di associare il reato commesso a soggetti in posizione di vertice se non alla politica stessa della Società nel suo complesso.

La **probabilità P** è espressa come il numero di volte in cui il danno può verificarsi in un dato intervallo di tempo.

Si assume in particolare che la funzione per determinare il Rischio sia espressa dal prodotto di Probabilità e rilevanza del Danno, ovvero:

$$R \text{ (rischio)} = P \text{ (probabilità)} \times D \text{ (rilevanza)}$$

La determinazione della probabilità parte dall'assunto che il fattore probabilità (P) sia la risultante di una funzione matematica così espressa:

$$P = f(I, F, M)$$

ove:

P = probabilità di commissione e imputazione del reato

I = interesse individuale nella commissione del reato

F = frequenza di esposizione al rischio

M = meccanismi di sorveglianza in essere

F ed I sono fattori che vanno ad incrementare la probabilità e di conseguenza la gravità del rischio, mentre M è un fattore che agisce in senso contrario e cioè per la riduzione del rischio.

Si assume in particolare che la funzione per determinare la Probabilità sia espressa dal seguente prodotto:

$$P \text{ (probabilità)} = I \text{ (interesse individuale)} \times F \text{ (frequenza di esposizione)} \times M \text{ (meccanismi di sorveglianza)}$$

L'**interesse individuale nella commissione del reato I** rappresenta l'interesse individuale di tipo economico e/o di avanzamento professionale che può derivare dalla commissione del reato.

La **frequenza di esposizione F** è espressa come la frequenza con cui tipicamente si presenta l'attività o la situazione in cui si può verificare la commissione del reato.

La funzione **meccanismi di sorveglianza in essere M** è espressa come il livello di controllo preventivo esercitato attraverso modalità organizzative e di sorveglianza adottate dell'Ente.

Il processo di valutazione prevede che, per ciascuna tipologia di reato associato alle aree e attività a rischio individuate attraverso la **MAPPA DELLE ATTIVITA' SENSIBILI**, elaborata nella prima fase dell'analisi, si proceda alla determinazione della probabilità di accadimento attribuendo un valore della scala qualitativa espressa dalla seconda colonna (giudizio attribuito al fattore P - probabilità) di Tabella 1, cui corrisponde anche il valore numerico (di soglia) della terza colonna.

TABELLA 1 - ATTRIBUZIONE DEL GIUDIZIO E DEL PUNTEGGIO AL FATTORE P

P (probabilità) = I (interesse individuale) x F (frequenza di esposizione) x M (meccanismi di sorveglianza)	Giudizio attribuito al fattore P	Pt.
$65 \leq P \leq 125$	Altamente probabile	5
$28 \leq P \leq 64$	Probabile	4
$13 \geq P \leq 27$	Poco probabile	3
$5 \geq P \leq 12$	Improbabile	2
$1 \geq P \leq 4$	Quasi impossibile	1
N.P.	Non prevedibile / Impossibile	0

In particolare, per poter attribuire il valore numerico (di soglia) a **P**, devono essere presi singolarmente in considerazione ciascuno dei parametri che compongono il fattore **P** (probabilità). Con questa finalità, ciascuno dei parametri viene scomposto in possibili e distinti livelli di giudizio, cui viene associato un corrispondente peso numerico (da 0 a 5), come espresso nei successivi paragrafi.

Il prodotto dei tre fattori considerati (risultato dell'espressione) conduce ad un intervallo di risultati compresi fra il valore minimo di 0 e il valore massimo di 125.

Per un impiego semplificato nella matrice di valutazione del rischio (**P x D**), i valori ottenuti, riferibili al concetto di probabilità, vengono suddivisi (normalizzati) in cinque classi. A ciascuna di queste classi corrisponde un giudizio circa il fattore **P** (probabilità). Il processo di normalizzazione è ben evidente in TABELLA 1 dove il valore numerico riportato nell'ultima colonna (Pt.) è quello da impiegare nella funzione **R (rischio) = P (probabilità) x D (rilevanza)** quale valore di **P**.

L'Interesse individuale nella commissione del reato (I) rappresenta l'interesse individuale di tipo economico e/o di avanzamento professionale che può derivare dalla commissione del reato ed è espresso su una scala di valori da 0 a 5:

- 5 (= Elevato)
- 4 (= Abbastanza elevato)
- 3 (= Medio)
- 2 (= Basso)
- 1 (= Molto basso/irrilevante)
- 0 (= Non Prevedibile o nullo)

La Frequenza di esposizione (F) rappresenta la frequenza con cui tipicamente si presenta l'attività o la situazione in cui si può verificare la commissione del reato ed è espressa su una scala di valori da 0 a 5:

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- 5 (= La possibilità di commissione del reato si presenta costantemente durante le normali attività di lavoro)
- 4 (= La possibilità di commissione del reato si presenta frequentemente ma non costantemente ad intervalli abbastanza regolari, es. circa una volta la settimana)
- 3 (= La possibilità di commissione del reato si presenta ripetutamente ad intervalli abbastanza regolari, es. circa una volta al mese)
- 2 (= La possibilità di commissione del reato si presenta raramente nel corso di un anno, es. una/due volte l'anno)
- 1 (= La possibilità di commissione del reato si presenta raramente e subordinatamente ad altri eventi non ricorrenti)
- 0 (= Non Prevedibile o nulla)

I **Meccanismi di sorveglianza in essere (M)**, rappresentano il livello di controllo preventivo esercitato attraverso modalità organizzative e di sorveglianza adottate dell'Ente ed è espressa su una scala di valori da 0 a 5. Essendo un fattore della funzione probabilità che agisce nel senso della riduzione del rischio, la scala di valori è orientata nella direzione per cui i valori crescono laddove i meccanismi di sorveglianza sono più bassi:

- 5 (= L'attività non prevede nessuna tra le seguenti misure: 1) nello svolgimento dell'attività sono coinvolte più persone addette; 2) sono presenti procedure di lavoro definite per lo svolgimento dell'attività; 3) sono presenti procedure di controllo gerarchico e funzionale; 4) vi sono organismi esterni incaricati di attività periodiche di auditing)
- 4 (= L'attività prevede una fra le seguenti misure: 1) nello svolgimento dell'attività sono coinvolte più persone addette; 2) sono presenti procedure di lavoro definite per lo svolgimento dell'attività; 3) sono presenti procedure di controllo gerarchico e funzionale; 4) vi sono organismi esterni incaricati di attività periodiche di auditing)
- 3 (= L'attività prevede due fra le seguenti misure: 1) nello svolgimento dell'attività sono coinvolte più persone addette; 2) sono presenti procedure di lavoro definite per lo svolgimento dell'attività; 3) sono presenti procedure di controllo gerarchico e funzionale; 4) vi sono organismi esterni incaricati di attività periodiche di auditing)
- 2 (= L'attività prevede tre fra le seguenti misure: 1) nello svolgimento dell'attività sono coinvolte più persone addette; 2) sono presenti procedure di lavoro definite per lo svolgimento dell'attività; 3) sono presenti procedure di controllo gerarchico e funzionale; 4) vi sono organismi esterni incaricati di attività periodiche di auditing)
- 1 (= L'attività prevede tutte le seguenti misure: 1) nello svolgimento dell'attività sono coinvolte più persone addette; 2) sono presenti procedure di lavoro definite per lo svolgimento dell'attività; 3) sono presenti procedure di controllo gerarchico e funzionale; 4) vi sono organismi esterni incaricati di attività periodiche di auditing)
- 0 (= Non Prevedibile o nullo)

La **Determinazione della rilevanza del danno (D)** rappresenta l'ultimo passaggio finalizzato alla valutazione del rischio consiste nella determinazione, per ciascun reato analizzato, della rilevanza del danno conseguente alla commissione e imputazione di ciascun reato stesso.

La rilevanza del danno è direttamente correlata alla possibilità di associare il reato commesso a soggetti in posizione di vertice se non alla politica stessa della Società nel suo complesso ed è espressa su una scala di valori da 0 a 5, secondo i criteri individuati in TABELLA 2.

La terza colonna della tabella fornisce la guida al valutatore nell'attribuzione del livello di danno ipotizzabile per ciascun fattore analizzato.

L'intensità viene pesata attribuendo un valore numerico (da 0 a 5) ai giudizi espressi nella seconda colonna di TABELLA 2.

TABELLA 02 – RILEVANZA DEL DANNO D

Valore	Livello	Definizioni / criteri
5	Gravissimo	L'evento è associabile alla politica e al comportamento dell'azienda nel suo complesso
4	Grave	L'evento può essere associato ad una condotta di un'area o una funzione di vertice aziendale
3	Medio	L'evento è associabile ad un comportamento individuale di un dirigente
2	Lieve	L'evento è associabile ad un comportamento comune o frequente di un preposto o un gruppo di preposti
1	Estremamente basso	L'evento è riferito ad un comportamento occasionale e individuale di un preposto
0	N.P.	N.P.

Determinazione del Rischio (R)

La quantificazione del rischio secondo la formula $R \text{ (rischio)} = P \text{ (probabilità)} \times D \text{ (rilevanza)}$ viene effettuata in base alla **MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI** riportata in TABELLA 3.

TABELLA 03 - MATRICE DI VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ DEI RISCHI
R = P X D

Probabilità

Altamente probabile	5	5	10	15	20	25
Probabile	4	4	8	12	16	20
Poco probabile	3	3	6	9	12	15
Improbabile	2	2	4	6	8	10
Quasi impossibile	1	1	2	3	4	5
Danno	>>	1	2	3	4	5
		Estremamente basso	Lieve	Medio	Grave	Gravissimo

Nella TABELLA 4 è indicato il valore della scala qualitativa (giudizio attribuito al rischio R) che corrisponde a ciascun valore numerico attribuito al rischio.

TABELLA 04 - ATTRIBUZIONE DEL GIUDIZIO DI RISCHIO

Rischio (Px _D)	Giudizio attribuito al rischio
$17 \geq R \leq 25$	Gravissimo
$13 \geq R \leq 16$	Grave
$9 \geq R \leq 12$	Medio
$5 \geq R \leq 8$	Basso
$1 \geq R \leq 4$	estremamente basso

Analisi delle regole esistenti per la prevenzione dei reati

In relazione alle aree dell'Ente ritenute a rischio è stata effettuata la ricognizione e l'analisi delle procedure operative e dei controlli esistenti. Dove sono state identificate attività a rischio l'Ente ha provveduto qualora necessario a rafforzare i sistemi di controllo. Sono attualmente presenti e costituiscono i presidi di base ai quali il modello fa riferimento:

- 1) Statuto Sociale
- 2) Codice Etico
- 3) Sistema di gestione secondo gli standard di accreditamento regionale
- 4) Sistema delle deleghe della responsabilità
- 5) Istruzioni operative e procedure interne relative alla gestione della Sicurezza
- 6) Prassi operative relative a assunzioni, richieste di finanziamento, omaggi, pagamenti in contanti, ecc.
- 7) Procedure per il regolare svolgimento delle attività dell'Ente;
- 8) Sistema disciplinare del personale dipendente;
- 9) Prassi operative e regole contabili previste relativamente alle attività di bilancio e del revisore contabile;
- 10) Documenti di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e relative misure di prevenzione e protezione redatti ai sensi del D. Lgs. 81/08;
- 11) Tutela della privacy in conformità al disposto del DGPR.

3.3 SISTEMA DI MONITORAGGIO

Il sistema di controllo interno esistente si basa su:

- sistema organizzativo formalizzato e chiaro nell'attribuzione delle responsabilità;
- poteri autorizzativi e di firma assegnati in coerenza con le responsabilità;
- sistema di comunicazione interna e formazione del personale;
- sistema di procedure, prassi e documenti dell'Ente;
- sistema di controllo di gestione e reporting.

I criteri e le regole su cui si basa il sistema di controllo interno sono di seguito riportati:

- ogni azione rilevante ai fini della possibile commissione di reati deve essere veritiera, verificabile, coerente e documentata;

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- nessun incaricato deve poter gestire un intero processo rilevante ai fini della possibile commissione di reati in autonomia;
- il sistema di controllo interno deve poter documentare l'effettuazione dei controlli;
- la responsabilità, in ordine al corretto funzionamento del sistema di controllo interno, è rimessa a ciascuna struttura organizzativa per i processi di cui essa è responsabile.

La gestione operativa del sistema è oggetto di una periodica attività di controllo e monitoraggio, mirata a verificare la funzionalità e l'efficienza del sistema e il permanere della sua validità nel tempo.

L'impostazione di un piano di monitoraggio si sviluppa attraverso:

- la pianificazione e programmazione temporale delle attività;
- l'attribuzione di compiti e responsabilità;
- la descrizione delle metodologie da seguire;
- le modalità di segnalazione delle eventuali situazioni difformi.

Nel loro complesso, le attività sopra descritte vengono svolte generalmente dalle risorse interne, sia in termini di autocontrollo da parte del singolo lavoratore nello svolgimento del proprio lavoro, sia in termini di verifica della applicazione delle misure di natura organizzativa e procedurale previste da parte di soggetti identificati in sede di attribuzione delle responsabilità.

L'attuale sistema di controllo interno garantisce il raggiungimento di obiettivi operativi, di informazione e di conformità:

- l'obiettivo operativo del sistema di controllo interno riguarda l'efficacia e l'efficienza dell'Ente nell'impiegare le risorse, nel proteggersi dalle perdite, nel salvaguardare il proprio patrimonio, nell'assicurare che il personale persegua gli obiettivi senza anteporre altri interessi;
- l'obiettivo di informazione riguarda la predisposizione di rapporti tempestivi ed affidabili per i processi decisionali dell'organizzazione dell'Ente;
- l'obiettivo di conformità è relativo ad assicurare che le azioni di gestione siano condotte nel rispetto delle leggi e dei regolamenti, dei requisiti prudenziali e delle procedure interne dell'Ente.

L'Ente, sensibile alle esigenze di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività sociali, nonché a tutela della propria reputazione e immagine, ha deciso di condurre un'approfondita analisi dei propri strumenti di organizzazione, gestione e controllo, diretta a verificare la corrispondenza dei principi comportamentali e delle procedure già adottate alle finalità previste dal Decreto e, ove si sia reso necessario, ad adeguarli.

4. ORGANISMO DI VIGILANZA

L'art. 6, comma 1 lettera b del D. Lgs. 231/01 prevede che la funzione di vigilare e di curare l'aggiornamento del Modello sia affidata ad un Organismo di Vigilanza interno all'Ente, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo.

L'Ente ha ritenuto di istituire un organo funzionalmente dipendente dal Consiglio di amministrazione e da questo nominato, in grado di assicurare autorevolezza e indipendenza tali da poter garantire la credibilità delle relative funzioni.

4.1 NOMINA, DURATA E SOSTITUZIONE DEI MEMBRI

L'Organismo di Vigilanza si compone di un solo membro, esperto in materie giuridico – amministrative e nell'organizzazione delle strutture sociosanitarie.

Il componente l'Organismo di Vigilanza è stato individuato in modo da garantire i seguenti requisiti:

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- **Autonomia:** detto requisito è assicurato dall'inserimento dell'Organismo di Vigilanza in staff al CdA, senza attribuzione di compiti operativi e con attività di reporting al massimo vertice.
- **Indipendenza e onorabilità:** intesa come necessità a) che non sussistano rapporti di parentela o affinità (entro il quarto grado) con gli amministratori, b) rapporti di lavoro con l'Ente estranei all'incarico in oggetto c) assenza di cause di ineleggibilità, previste per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo².
- **Professionalità:** requisito questo garantito dal bagaglio di conoscenze professionali, tecniche e pratiche, di cui dispone il componente l'Organismo di Vigilanza.
- **Continuità d'azione:** con riferimento a tale requisito, l'Organismo di Vigilanza è tenuto a vigilare costantemente sul rispetto del Modello e sulla sua efficacia nonché a proporre l'aggiornamento.

Il componente dell'OdV 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'OdV attraverso:

- Rispetto dei criteri di nomina sopra enunciati;
- Attribuzione dei poteri enunciati in seguito;
- Approvazione annuale del budget di spesa;
- Dotazione di strumenti idonei per poter svolgere l'attività, anche avvalendosi, se del caso, di consulenti specializzati esterni.

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

In particolare:

- L'OdV rimane in carica per lo stesso periodo di durata del mandato del CdA (4 anni). Nel momento in cui decade il CdA l'OdV resta nelle sue funzioni sino alla nomina da parte del CdA entrante del nuovo Organismo di Vigilanza. La nomina avviene con delibera del CdA, che stabilisce, nella medesima seduta, il compenso spettante per l'incarico assegnato. Il componente dell'Organismo di Vigilanza è rieleggibile.
- Ciascun singolo membro dell'OdV decade qualora perda uno dei requisiti indispensabili ai fini della nomina (eleggibilità, onorabilità, professionalità e indipendenza); esso deve comunicare tempestivamente ai membri del CdA l'eventuale perdita dei requisiti;
- L'OdV si intende decaduto qualora venga a mancare la maggioranza dei componenti. In tal caso il CdA provvede immediatamente a nominare i nuovi membri tra le professionalità di composizione sopra individuate. L'organismo decade anche in seguito a sentenza di condanna per violazione del D. Lgs. 231/01 a seguito di accertata inadeguatezza o omissione dell'attività di vigilanza.

² A tal riguardo si precisa che costituiscono cause di ineleggibilità:

- L'essere indagato ovvero l'aver riportato una condanna, anche non a titolo definitivo, per uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;
- Le circostanze di cui all'art. 2382 del c.c. e, più precisamente, l'essere "interdetto, inabilitato, fallito o condannato ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi";
- L'aver subito l'adozione di misure di prevenzione da parte dell'Autorità Giudiziaria, salvo il successivo ottenimento della completa riabilitazione;
- La sentenza di condanna, passata in giudicato, per i reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria e contro la P.A., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica.

Il componente l'OdV può essere revocato dal CdA per giusta causa, entro 30 gg. dalla conoscenza della causa di decadenza in capo al componente.

A titolo esemplificativo si considera giusta causa di revoca:

- L'interdizione o l'inabilitazione, ovvero una grave infermità che renda il componente inidoneo a svolgere le proprie funzioni di vigilanza, o un'infermità che comporti la sua assenza per un periodo superiore a sei mesi;
- Il verificarsi di eventi incompatibili con i requisiti di autonomia di iniziativa e controllo, indipendenza e continuità di azione;
- Il venir meno dei requisiti professionali richiesti (es. cancellazione dall'albo dei professionisti di appartenenza);
- Grave negligenza nell'espletamento dei compiti;
- Una sentenza di condanna passata in giudicato a carico del componente dell'OdV per reati attinenti all'espletamento delle funzioni oggetto dell'incarico;
- Mancata convocazione dell'Organismo nei termini indicati nel regolamento (di norma almeno 2 volte l'anno);

In caso di revoca il CdA provvederà alla nomina del nuovo membro.

La rinuncia può essere esercitata in qualsiasi momento tramite comunicazione al CdA a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

4.2 COMPENSO E CAPACITA' DI SPESA

Il compenso al componente dell'OdV 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 ai 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 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. 231/01.

4.3 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.

L'Organismo viene convocato con cadenza almeno semestrale; se necessario, può programmare verifiche più frequenti. La convocazione avviene a mezzo messaggio di posta elettronica contenente anche l'ordine del giorno.

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

Le funzioni di segretario dell'OdV possono essere svolte dal Direttore Generale della Fondazione. Il segretario ha il compito di redigere i verbali delle sedute, custodire e aggiornare la raccolta dei verbali e l'archivio dell'OdV. Salvo differenti disposizioni il segretario cura il buon esito delle comunicazioni e delle operazioni che derivano dalle decisioni assunte dall'OdV.

4.4 POTERI E FUNZIONI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

All'Organismo di Vigilanza sono affidati i seguenti compiti:

- Vigilare sul funzionamento, osservanza e diffusione del Modello all'interno dell'Ente e di

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

informazione nei confronti dei soggetti esterni (fornitori, consulenti, collaboratori, ecc. ecc.);

- Proporre l'aggiornamento del modello;
- Vigilare sulla corretta ed effettiva applicazione del Codice Etico.

Tali compiti sono svolti dall'Organismo attraverso le seguenti attività:

- vigilanza sulla diffusione nel contesto dell'Ente della conoscenza, della comprensione e dell'osservanza del Modello e dei suoi elementi (Codice Etico, procedure, etc.);
- vigilanza sulla validità ed adeguatezza del Modello, con particolare riferimento ai comportamenti riscontrati nel contesto dell'Ente;
- verifica dell'effettiva capacità del Modello e dei suoi elementi (Codice Etico, procedure, etc.) di prevenire la commissione dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001;
- proposte di aggiornamento del Modello nell'ipotesi in cui si renda necessario e/o opportuno effettuare correzioni e/o adeguamenti dello stesso, in relazione alle mutate condizioni legislative e/o interne all'Ente;
- comunicazione al Consiglio di Amministrazione in ordine alle attività svolte.

Nello svolgimento di dette attività, l'Organismo provvederà a:

- richiedere siano svolte attività di formazione per la conoscenza del Modello e dei suoi elementi (Codice Etico, procedure, etc.), differenziato secondo il ruolo e la responsabilità dei destinatari;
- istituire canali informativi diretti a facilitare il flusso di segnalazioni ed informazioni verso l'Organismo;
- raccogliere, elaborare, conservare e aggiornare ogni informazione rilevante ai fini della verifica dell'osservanza del Modello;
- verificare e controllare periodicamente le aree/operazioni a rischio individuate nel Modello;
- segnalare alla Direzione Generale l'eventuale violazione accertata affinché vengano applicate le sanzioni previste dallo specifico sistema disciplinare.

Ai fini dello svolgimento degli adempimenti sopra elencati, all'Organismo sono attribuiti i poteri di:

- emanare disposizioni e ordini di servizio intesi a regolare l'attività dell'Organismo;
- accedere liberamente a ogni documento dell'Ente rilevante per lo svolgimento delle funzioni attribuite all'Organismo ai sensi del D. Lgs. 231/2001;
- disporre che i responsabili dell'Ente, e tutti i Destinatari, forniscano tempestivamente informazioni, dati e/o notizie loro richieste, rilevanti per la verifica dell'effettiva attuazione del modello;
- avvalersi di consulenti esterni per lo svolgimento di attività che richiedono specifiche competenze (es. in materia ambientale, di sicurezza sul lavoro, privacy).

4.5 I FLUSSI INFORMATIVI E LE SEGNALAZIONI DA PARTE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA E LE RELAZIONI CON GLI ORGANI SOCIALI

Al fine di garantire piena autonomia e indipendenza l'Organismo di Vigilanza comunica direttamente al Consiglio di amministrazione dell'Ente.

L'Organismo di Vigilanza riferisce al Consiglio di amministrazione lo stato di attuazione del Modello, gli esiti dell'attività di vigilanza svolta e gli eventuali interventi opportuni per l'applicazione del Modello, rapportandosi direttamente nei confronti del Consiglio di Amministrazione anche attraverso suoi membri incaricati e predisponendo, almeno una volta all'anno, una relazione scritta indirizzata a Consiglio di Amministrazione.

La relazione annuale dovrà contenere informazioni:

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- Sull'attività svolta e sulla gestione finanziaria del budget assegnato, motivando eventuali scostamenti;
- In merito alle eventuali variazioni non sostanziali apportate al modello ed alle procedure che formano parte integrante dello stesso con la proposta delle eventuali modifiche sostanziali da attuare, previa specifica approvazione del CdA;
- 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 accertate e sul buon funzionamento del sistema disciplinare e sanzionatorio;
- Sull'adozione di un programma annuale di Verifiche ai sensi del D. Lgs. 231/01, anche in base al piano di spesa per l'esercizio successivo.

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

L'Organismo di Vigilanza può in qualsiasi momento decidere di effettuare una riunione e, al contempo può richiedere al Consiglio di amministrazione di essere convocato ogni volta che si ravveda l'opportunità di un esame o di un intervento in materie inerenti al funzionamento e l'efficace attuazione del Modello o in relazione a situazioni specifiche.

A garanzia di un corretto ed efficace flusso informativo, l'Organismo ha inoltre la possibilità di richiedere chiarimenti o informazioni direttamente ai soggetti aventi le principali responsabilità operative.

4.6 I FLUSSI INFORMATIVI NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo di Vigilanza ha il compito di monitorare, anche col supporto delle diverse funzioni interne, 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. 231/01, il quale prevede all'art. 6 comma 2, lettera d), al fine di favorire il corretto espletamento dei compiti ad esso assegnati, l'obbligo di informazione verso l'OdV da parte dei destinatari del Modello nei termini di legge.

Il sistema di comunicazione interno predisposto per l'invio dei flussi informativi all'OdV prevede: a) la consegna brevi manu di documentazione direttamente all'OdV; b) l'inoltro all'indirizzo mail alecalanca@libero.it dei documenti individuati dallo stesso OdV e citati in seguito.

Devono essere obbligatoriamente trasmesse all'Organismo di Vigilanza le informazioni concernenti:

- provvedimenti e/o notizie aventi ad oggetto l'esistenza di un procedimento penale, anche nei confronti di ignoti, relativo a fatti di interesse per l'Ente;
- provvedimenti e/o notizie aventi ad oggetto l'esistenza di procedimenti amministrativi o controversie civili di rilievo relativi a richieste o iniziative di Autorità Amministrative Indipendenti, dell'Amministrazione finanziaria, di Amministrazioni locali e della Pubblica Amministrazione, riguardanti contratti, richieste e/o gestione di finanziamenti pubblici;
- richieste di assistenza legale inoltrate all'Ente dal personale in caso di avvio di procedimenti penali o civili nei loro confronti;
- segnalazioni di infortuni gravi (omicidio colposo o lesioni colpose gravi o gravissime) occorsi sul lavoro.

Nell'esercizio del proprio potere ispettivo, l'Organismo di Vigilanza può accedere liberamente a tutte le fonti di informazione dell'Ente, nonché prendere visione di documenti e consultare dati relativi all'Ente.

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

Tutte le informazioni, la documentazione e le segnalazioni raccolte nell'espletamento dei compiti istituzionali devono essere archiviate e custodite a cura dell'Organismo di Vigilanza, avendo cura di mantenere riservati i documenti e le informazioni acquisite, anche nel rispetto della normativa sulla Privacy.

4.7 DOCUMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE – RACCOLTA E CONSERVAZIONE DELLE INFORMAZIONI

L'Organismo di Vigilanza deve costituire un *dossier* contenente la documentazione delle attività svolte con particolare riferimento alle:

- Attività di formazione intraprese dall'Ente suddivisi per categoria e livello gerarchico;
- Attività di verifica svolte, con indicazione della durata e motivazione della verifica, dell'attività sensibile e delle unità interessate, della sintesi della verifica, delle principali evidenze e degli eventuali suggerimenti;
- Segnalazioni ricevute, suddivise per attività, con indicazione del numero di segnalazioni che hanno avuto seguito e delle strutture coinvolte;
- Attività periodiche di aggiornamento del modello, indicando i principali interventi eseguiti.

L'Organismo dovrà inoltre tenere la raccolta, in numero progressivo per data, dei verbali dei propri incontri accompagnati dai relativi OdG.

Ogni informazione, segnalazione e report previsto nel presente Modello, e s.m.i. eventuali, deve essere custodito per un periodo di 10 anni nell'apposito database gestito dall'Organismo, ferma restando l'osservanza delle disposizioni in materia di privacy.

Viene consentito l'accesso al database ai membri del CdA. Qualora le indagini riguardino membri dei suddetti organismi, l'accesso al database deve essere autorizzato dal CdA.

5. IL SISTEMA DI WHISTLEBLOWING

La normativa whistleblowing, regolamentata dal D.Lgs. n. 24/2023, di attuazione della Direttiva UE 2019/1037, prevede che le società che adottano un modello di organizzazione, gestione e controllo implementino la procedura di segnalazione mediante l'istituzione di un canale che consenta ai dipendenti, collaboratori, consulenti, lavoratori autonomi, nonché a qualsiasi altra persona che operi nell'ambito del contesto lavorativo, di segnalare violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità delle medesime società, nonché violazioni del modello di organizzazione, gestione e controllo e del Codice Etico.

La Fondazione ha implementato la procedura di segnalazione, che è parte integrante del Modello, in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 24/2023, nella quale sono indicati: (I) il soggetto che può effettuare una segnalazione; (II) i referenti incaricati della gestione del canale di segnalazione; (III) le violazioni che possono essere segnalate mediante il canale di segnalazione; (IV) le modalità e i termini con cui sono raccolte le segnalazioni ed elaborati i report; (V) le condizioni al cui ricorrere l'autore di una segnalazione può beneficiare dello status e delle misure di protezione previste per il segnalante ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023; (VI) le misure poste a tutela dell'autore della segnalazione e degli altri soggetti che, a vario titolo, possono essere interessati dalla procedura.

La segnalazione può essere effettuata in base alle modalità indicate nella procedura di segnalazione: - mediante l'adozione della piattaforma "Portale Whistleblowing", fornita da Data Service SRL, disponibile al seguente link: <https://whistleblowing.dataservices.it/OSPEDALEGONZAGA>. Il referente incaricato, consulente dell'OdV, valuterà le segnalazioni pervenutegli e potrà effettuare tutti gli accertamenti e le indagini necessarie per appurare la fondatezza della segnalazione,

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

secondo le modalità indicate nell'apposita procedura. Qualora la segnalazione riguardi il referente incaricato, quest'ultimo non sarà coinvolto nell'attività di indagine ma si farà riferimento all'OdV. Accertata la fondatezza della segnalazione concluderà il report finale secondo le motivazioni indicate in procedura: - per le violazioni poste in essere dal personale dipendente, ne dà immediata comunicazione per iscritto alla Direzione per l'avvio delle conseguenti azioni; - per violazioni del Modello e/o del Codice Etico, ritenute fondate, da parte degli Amministratori, ne dà immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione e al Revisore; - per violazioni del Modello e/o del Codice Etico, ritenute fondate, da parte di figure apicali, ne dà immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione. Ove a seguito degli accertamenti effettuati emergano situazioni di gravi violazioni del Modello e/o del Codice Etico, procederà senza indugio alla comunicazione dell'esito della segnalazione e delle proprie valutazioni al Consiglio di amministrazione e al Revisore.

La Fondazione, in conformità al Codice Etico, ritiene preferibili le segnalazioni non in forma anonima. Le segnalazioni effettuate in forma anonima sono soggette a particolari precauzioni e sono trattate solo se le informazioni trasmesse sono sufficientemente dettagliate e hanno ad oggetto fatti sufficientemente gravi in relazione al possibile compimento di una violazione ai sensi del D.Lgs. 24/2023. In caso contrario il referente incaricato potrà valutare la segnalazione inammissibile. Chiunque nell'esercizio della propria funzione riceva segnalazione di violazioni deve darne tempestiva comunicazione al referente incaricato nelle modalità indicate nella procedura. In ogni caso, il referente incaricato della gestione del canale di segnalazione adotta ogni misura volta ad assicurare la riservatezza dell'autore della segnalazione e la protezione dei dati del segnalato e di terzi, fatti salvi gli obblighi di legge. La tutela dell'identità del segnalante viene meno, nel caso di segnalazioni che dovessero risultare manifestamente infondate e deliberatamente preordinate con l'obiettivo di danneggiare il segnalato o l'ente. Il compimento di atti ritorsivi nei confronti dell'autore della segnalazione in buona fede o di chiunque collabori nel processo di verifica di un fatto di natura illecita, costituisce grave violazione disciplinare. Le segnalazioni, anche quando anonime, devono sempre avere un contenuto da cui emerga un leale spirito di partecipazione al controllo e alla prevenzione di fatti nocivi degli interessi generali. È vietato: - il ricorso ad espressioni ingiuriose; - l'inoltro di segnalazioni con finalità puramente diffamatorie o calunniose; - l'inoltro di segnalazioni che attengano esclusivamente ad aspetti della vita privata, senza alcun collegamento diretto o indiretto con l'attività aziendale. Tali segnalazioni saranno ritenute ancor più gravi quando riferite ad abitudini e orientamenti sessuali, religiosi, politici e filosofici. L'autore della segnalazione è tenuto a fornire tutti gli elementi a lui noti, utili a riscontrare, con le dovute verifiche, i fatti riportati. In particolare, la segnalazione deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- Oggetto: è necessaria una chiara descrizione dei fatti oggetto di segnalazione, con indicazione (se conosciute) delle circostanze di tempo e luogo in cui sono stati commessi/omessi i fatti;
- Segnalato: l'autore della segnalazione deve indicare le generalità o comunque altri elementi (come la funzione/ruolo aziendale) che consentano un'agevole identificazione del presunto autore del comportamento illecito.

Inoltre, l'autore della segnalazione potrà indicare i seguenti ulteriori elementi:

- le proprie generalità, nel caso in cui non intenda avvalersi della facoltà dell'anonimato;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possano riferire circa i fatti segnalati;
- l'indicazione di eventuali documenti che possano confermare la fondatezza di tali fatti;

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- ogni altra informazione che possa agevolare la raccolta di evidenze su quanto segnalato.

Non verranno prese in considerazione segnalazioni relative a fatti di contenuto generico, confuso e/o palesemente diffamatorio. Tutte le informazioni, la documentazione, ivi compresa la reportistica prevista dalla procedura, e le segnalazioni raccolte dal soggetto incaricato – e allo stesso pervenute - nell'espletamento dei propri compiti istituzionali devono essere custodite mediante la conservazione di documenti informatici e/o cartacei, al fine di garantire la completa tracciabilità degli interventi posti in atto nelle fasi di gestione della segnalazione. Se all'esito della procedura attivata dalla segnalazione non segue un procedimento disciplinare, una segnalazione alle autorità competenti, un'azione legale stragiudiziale e/o un procedimento giudiziario nei confronti dei presunti autori delle violazioni, il fascicolo è distrutto entro 12 (dodici) mesi dalla conclusione della procedura di segnalazione. Viceversa, nel caso in cui all'esito della procedura di segnalazione segua l'avvio di un procedimento disciplinare, una segnalazione alle autorità competenti, un'azione legale stragiudiziale e/o un procedimento giudiziario nei confronti dei presunti autori delle violazioni, il fascicolo è archiviato per un periodo non superiore ai termini di prescrizione legali o agli obblighi di archiviazione applicabili. In ogni caso, la conservazione della documentazione di segnalazione non può superare un periodo massimo di 5 anni dalla data in cui è stata comunicata la chiusura della segnalazione. Al termine del periodo di archiviazione, il fascicolo telematico è soggetto a distruzione e cancellazione.

La procedura di segnalazione "PROCEDURA DI GESTIONE SEGNALAZIONI WHISTLEBLOWING." è parte integrante del Modello Organizzativo. Copia della procedura di segnalazione è accessibile in formato elettronico in apposita sezione sul sito internet aziendale all'indirizzo www.ospedalegonzaga.it.

6. IL SISTEMA DISCIPLINARE

L'Art. 6, comma 2 lettera e), del Decreto prevede l'adozione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal modello stesso. Il Modello prevede perciò le sanzioni per i comportamenti che determinano o favoriscono la commissione di tali reati.

Si considerano soggetti al sistema disciplinare tutti i lavoratori subordinati dipendenti dell'Ente come individuati dagli art. 2094 e seg. cod. civ., nonché i soggetti di cui all'art. 1742 cod. civ. (lavoratori autonomi), che collaborino con l'Ente e, in generale, i consulenti esterni e tutti coloro che abbiano rapporti contrattuali con l'Ente.

Ospedale Civile di Gonzaga 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 (determinata 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 circostanza aggravanti o attenuanti, con riferimento alla professionalità, alle precedenti prestazioni lavorative, ai precedenti disciplinari, alle circostanze in cui è stato commesso il fatto;

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- 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 afferente all'Ospedale Civile di Gonzaga che abbia posto in essere illeciti disciplinari derivanti da:

- Mancato rispetto del Modello, delle Procedure o del Codice Etico;
- Mancata diffusione ai dipendenti delle procedure interne;
- Mancato rispetto delle norme previste nell'ambito della normativa in materia di Sicurezza sul Lavoro (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.);
- Mancata ed ingiustificata partecipazione agli incontri di formazione organizzati dall'Ente sul funzionamento del Modello e, in generale, sul D. Lgs. 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 all'applicazione del Modello;
- Violazione e/o elusione 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'OdV ed il controllo interno;
- Segnalazioni manifestamente infondate e preordinatamente allo scopo di danneggiare il segnalato o l'Ente.

6.1. MISURE NEI CONFRONTI DEGLI AMMINISTRATORI E DEL REVISORE

In caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'autorità giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o delle Procedure Operative da parte degli amministratori o dei Sindaci, il consiglio d'amministrazione, su segnalazione dell'Organismo stesso o di un amministratore, provvederà ad assumere le opportune iniziative e provvedimenti, anche ai sensi della vigente normativa societaria.

In casi di gravi violazioni da parte di un amministratore, ingiustificate e/o non ratificate dal Consiglio di amministrazione, il fatto potrà essere considerato giusta causa per la revoca dell'Amministratore.

Se del caso l'Ente potrà agire per il risarcimento del danno.

In caso di inerzia degli organi competenti, sarà compito dell'OdV richiedere l'intervento dei soggetti a cui è in capo, da statuto, la nomina e la revoca del CdA.

6.2. MISURE NEI CONFRONTI DEI LAVORATORI SUBORDINATI

La violazione delle norme di legge, delle disposizioni del Codice Etico, delle prescrizioni del presente Modello commesse da dipendenti, nonché, in generale, l'assunzione di comportamenti idonei ad esporre l'Ente all'applicazione di sanzioni amministrative previste dal Decreto, potranno determinare l'applicazione delle sanzioni conservative o espulsive, nel rispetto dei limiti di cui all'art. 2106 cod. civ., degli artt. 7 e 18 della Legge 300/1970 e della contrattazione collettiva (UNEBA ed Enti Locali), di volta in volta, applicabile.

6.3. MISURE NEI CONFRONTI DEI LAVORATORI AUTONOMI, LIBERI PROFESSIONISTI, CONSULENTI ESTERNI E PARTNERS

I contratti stipulati dall'Ente con i lavoratori autonomi, i suoi consulenti esterni, i liberi professionisti e i partner commerciali conterranno apposita dichiarazione di conoscenza

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE GENERALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

dell'esistenza del Codice Etico e dei relativi principi, dell'obbligo di attenersi a questi, ovvero, se trattasi di soggetto straniero o operante all'estero, di rispettare la normativa internazionale e locale di prevenzione dei rischi che possano determinare la responsabilità conseguente alla commissione di reati in capo all'Ente. I contratti con tali soggetti conterranno una specifica clausola di recesso e/o di risoluzione connesse all'inadempimento di tali obbligazioni, fermo restando il diritto dell'Ente di rivalersi per gli eventuali danni verificatisi in conseguenza di dette condotte, ivi inclusi i danni causati dall'applicazione da parte del giudice delle sanzioni amministrative previste dal Decreto.

6.4. MISURE NEI CONFRONTI DEI DIPENDENTI INQUADRATI NELLA CATEGORIA DEI DIRIGENTI

La violazione delle norme di legge, delle disposizioni del Codice Etico e delle prescrizioni previste dal presente Modello commesse da dirigenti dell'Ente, nonché, in generale, l'assunzione di comportamenti idonei ad esporre l'Ente all'applicazione di sanzioni amministrative previste dal Decreto, potranno determinare l'applicazione delle sanzioni di cui alla contrattazione collettiva, nel rispetto degli artt. 2106, 2118 e 2119 cod. civ., nonché dell'art. 7 Legge 300/1970. L'accertamento di eventuali violazioni, nonché dell'inadeguata vigilanza e della mancata tempestiva informazione all'Organismo di Vigilanza, potranno determinare a carico dei lavoratori con qualifica dirigenziale, la sospensione a titolo cautelare dalla prestazione lavorativa, fermo il diritto del dirigente alla retribuzione, nonché, sempre in via provvisoria e cautelare per un periodo non superiore a tre mesi, l'assegnazione ad incarichi diversi nel rispetto dell'art. 2103 cod. civ..

6.5. MISURE NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

In caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'autorità giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o delle Procedure Operative da parte del componente dell'Organismo di Vigilanza, gli Organi Amministrativi provvederanno a sottoporre al CdA istanza di decadenza immediata dell'OdV.

6.6. MISURE NEI CONFRONTI DEI FORNITORI

La violazione del Modello da parte dei fornitori può determinare la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 c.c.

7. REGOLE DI COMPORTAMENTO E CODICE ETICO

Ospedale Civile di Gonzaga intende operare secondo principi etici diretti ad improntare lo svolgimento della propria attività, il perseguimento dello scopo sociale e la sua crescita nel rispetto delle leggi vigenti. Pertanto si è dotato di un Codice Etico contenente i principi etico - comportamentali dei quali esige l'osservanza da parte degli Organi sociali, dei propri dipendenti e di tutti coloro che cooperano a qualunque titolo al perseguimento dei fini dell'Ente. Il Codice Etico ha, pertanto, una portata di carattere generale e rappresenta uno strumento adottato in via autonoma.

8. 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 dipendente, per favorire la conoscenza di quanto previsto dal D. Lgs. 231/01 e dal Modello adottato nelle sue diverse componenti.

8.1 DIFFUSIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE SUL MODELLO

Ospedale Civile di Gonzaga si impegna a definire un piano di comunicazione e formazione finalizzato a garantire una corretta divulgazione e conoscenza del Modello e delle regole di condotta contenute. Con differente grado di approfondimento in ragione del diverso livello di coinvolgimento delle stesse nelle attività a rischio.

In relazione alla comunicazione del Modello, Ospedale Civile di Gonzaga si impegna a diffonderne la conoscenza con le modalità ritenute più idonee (posta elettronica, affissione nei locali comuni, consegna in formato cartaceo, pubblicazione sul sito, ecc.) ai diversi interessati.

Elenco modifiche e revisioni

Registrazione dello stato di revisione (modifiche, aggiunte, ecc...)

EDIZIONE/REVISIONE		MOTIVO	PARTI INTERESSATE	
N°	DATA		SEZ.	PAGINE
00/00	Settembre 2024	Nuova stesura	Tutte	Tutte



**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE
GESTIONE E CONTROLLO**
ex D. Lgs. 8 GIUGNO 2001 n. 231

PARTE SPECIALE

INDICE

9. Destinatari e finalità della parte speciale	3
10. Le fattispecie di reato, possibili fonti di responsabilità amministrativa	3
11. I reati contro la Pubblica Amministrazione	4
12. I reati societari	9
13. I Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con la violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro	12
14. Reati ambientali	20
15. I reati presupposti per l'impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare	22

9. DESTINATARI E FINALITA' DELLA PARTE SPECIALE

Sono destinatari della Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D. Lgs. 231/01 della Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga e si impegnano al rispetto del contenuto dello stesso:

- Gli amministratori e i dirigenti;
- I lavoratori dipendenti;
- I lavoratori in regime libero professionale che svolgono continuativamente un servizio per conto o nell'interesse della Fondazione nell'ambito delle attività sensibili identificate nella presente parte speciale.

Limitatamente allo svolgimento delle attività sensibili a cui essi eventualmente partecipano, possono essere destinatari di specifici obblighi, strumentali ad un'adeguata esecuzione delle attività di controllo interno previste nella presente Parte Speciale, i seguenti soggetti esterni:

- I collaboratori, gli agenti, i rappresentanti, i consulenti e in generale i soggetti che svolgono attività di lavoro autonomo nella misura in cui essi operino nell'ambito delle aree sensibili per conto o nell'interesse dell'Ente;
- I fornitori e i partner (anche sotto forma di associazione temporanea di imprese, nonché di jointventure) che operano in maniera rilevante e/o continuativa nell'ambito delle aree di attività cosiddette sensibili per conto o nell'interesse dell'Ente.

La presente parte speciale del Modello ha l'obiettivo di indirizzare, mediante regole di condotta, le attività sensibili poste in essere dai destinatari al fine di prevenire il verificarsi dei reati che in seguito alla mappatura dei reati commettabili nell'interesse dell'Ente sono risultati come possibili.

Nello specifico essa ha lo scopo di:

- Illustrare le fattispecie di reato fonti di responsabilità amministrativa che possono essere commesse dai destinatari del modello nell'interesse dell'Ente (presupposto di applicazione D. Lgs. 231/01);
- Identificare le attività sensibili ossia quelle che l'Ente pone in essere in corrispondenza delle quali, secondo un approccio risk assessment, lo stesso Ente ritiene inerenti e rilevanti i rischi – reato, riprendendo il contenuto della "matrice delle attività a rischio (mappa dei rischi), nella quale per ciascun reato sono state individuate le funzioni interessate e per ciascuna funzione sono state individuate le attività a rischio. Detto documento forma parte integrante della parte speciale del modello;
- Illustrare le procedure comportamentali implementate dall'Ente al fine di prevenire i rischi – reato in esame, che i destinatari sono tenuti ad osservare;
- Fornire all'OdV gli strumenti operativi per esercitare le necessarie attività di controllo, monitoraggio e verifica.

10. LE FATTISPECIE DI REATO, POSSIBILI FONTI DI RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA

Considerata la realtà della Fondazione e la mappatura delle aree di rischio, alle quali si rimanda, le fattispecie di reato ipotizzabili possono essere principalmente ricondotte a:

- Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione europea o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture (art. 24 del D. Lgs. 231);

- Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e abuso d'ufficio (art. 25 D. Lgs. 231/01); - reati societari limitatamente al reato di corruzione tra privati (art. 25 ter D. Lgs. 231/01);

- **reato di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con la violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 25-septies D. Lgs.**

231/01);

- **induzione a non rendere o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25 decies D. Lgs. 231/01)**

- **reati ambientali (limitatamente ai reati inerenti gestione rifiuti art. 25-undecies D. Lgs. 231/01);**

- **reati presupposti per l'impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25duodecies D. Lgs. 231/01).**

Come anticipato nella parte generale (cfr. par. 2.1), la normativa di riferimento disciplina anche altre fattispecie di reato (ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, abuso di informazioni privilegiate, associazione per delinquere, criminalità transnazionale, sfruttamento della prostituzione, tratta di persone, detenzione di materiale pornografico, beni o utilità di provenienza illecita, criminalità informatica, delitti di criminalità organizzata, delitti contro l'industria e il commercio, delitti in materia di diritti d'autore, ecc). Dall'analisi svolta ai fini dell'individuazione delle aree sensibili della Fondazione, ai sensi del D.Lgs. 231/01, non si è avuta evidenza circa la ragionevole possibilità di commissione dei suddetti reati nello svolgimento dell'attuale attività dell'Ente. Nella stesura del Modello, pertanto, non si è provveduto alla specifica trattazione degli stessi, considerandoli atipici rispetto all'attività della Fondazione. In appendice al Modello, è, comunque, riportata una lista esaustiva dei reati previsti dal suddetto Decreto, nonché il testo di tali fattispecie penali, al fine di garantire una doverosa ed esauriente informazione a tutti i Destinatari dello stesso.

11. I REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione europea o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture (previsti dall'art. 24 del D. Lgs. 231 esclusa la frode informatica) e peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e abuso d'ufficio con riferimento a quelli di cui all'art. 25.

Principi di comportamento

Gli organi sociali, i dirigenti, il personale e i professionisti esterni che operano in nome e/o per conto della Fondazione sono tenuti ad un comportamento improntato alla massima correttezza, trasparenza ed integrità in tutti i rapporti con la P.A. Non sono ammesse forme di regalo finalizzate a far ottenere all'Ente o ad ottenere dagli stessi trattamenti di favore. Anche le eventuali liberalità o le altre forme di cessioni gratuite dei beni oggetto dell'attività dell'Ente, disciplinate dalle apposite procedure, non possono essere finalizzate ad ottenere trattamenti di favore. E' fatto divieto ai

dirigenti, dipendenti e/o consulenti dell'Ente chiedere o accettare, anche per il tramite di un terzo, denaro, doni e prestazioni di favore, quale corrispettivo per prestazioni svolte. In particolare, non dovranno essere intraprese, direttamente o indirettamente, le seguenti azioni:

erogare prestazioni non necessarie, fatturare prestazioni non effettivamente erogate o duplicare la fatturazione di una medesima prestazione, non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto o in parte inesistenti o non rimborsabili;

esaminare o proporre opportunità di impiego e/o commerciali che possano arrecare un vantaggio personale ai dipendenti della P.A., ai loro familiari e ai loro diretti superiori; offrire omaggi, in qualsiasi forma, a meno che non siano di valore trascurabile. In ogni caso, questo tipo di spese dovrà essere autorizzato secondo quanto previsto nelle specifiche procedure e adeguatamente documentato;

ricevere denaro, doni o qualsiasi altra utilità da chi voglia ottenere un trattamento favorevole da parte della Fondazione.

Durante le verifiche e accertamenti da parte dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL e/o la verifica fiscale, accertamenti o indagini da parte della Guardia di Finanza o NAS, i rapporti con i Rappresentanti della P.A. preposti ai controlli dovranno essere tenuti esclusivamente dal Presidente (o dal Vice) che dovrà essere presente, quantomeno, all'inizio delle operazioni di verifica e, in ogni caso, alla chiusura delle stesse. Per tutta la durata della verifica, il Presidente (o il Vice) dovrà delegare un dipendente dell'Ente (di norma il Direttore Generale), affinché questi assista i Rappresentanti della P.A. in via continuativa e riferiscano periodicamente al Presidente (o al Vice) sullo svolgimento delle operazioni. Nel caso in cui venga nominato dal CdA o dal Presidente della Fondazione un professionista esterno che assista l'Ente nel corso della verifica, tale professionista potrà incontrare i Rappresentanti della P.A. solo ed esclusivamente alla presenza del Presidente o di un soggetto delegato da quest'ultimo. Il CdA o il Presidente avranno cura di pattuire con il professionista incaricato un compenso adeguato alla prestazione svolta, così come previsto dalle vigenti tariffe professionali; il pagamento dell'onorario potrà avvenire, come previsto dalle specifiche procedure alle quali si rimanda, esclusivamente con bonifico bancario.

Trasparenza, completezza e tracciabilità informativa - archiviazione dei documenti

Ogni atto attinente alla gestione amministrativa deve essere redatto in modo accurato e secondo la normativa vigente. Ogni documento, rappresentativo di un fatto accaduto o di un'autonoma valutazione effettuata, ovvero ogni parte di esso suscettibile di autonoma valutazione, dovrà essere sottoscritto da chi lo ha formato, che ne sarà pertanto responsabile. L'Ente assicura piena integrità, trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, rendicontazioni, prospetti ed avvisi diretti alla P.A. Le operazioni poste in essere dalla Fondazione, che presuppongono rapporti con la P.A., devono essere documentate in modo organico; per esse, la Fondazione deve garantire la verifica, in ogni momento, del processo di decisione, di autorizzazione e di svolgimento.

In particolare, per ciò che concerne il processo di compilazione FASAS e rendicontazione al fine dell'ottenimento di rimborsi, finanziamenti o accreditamenti dalla P.A., la Fondazione dovrà garantire la verifica, in ogni momento, del processo di compilazione, controllo ed eventuale correzione degli atti predisposti a tal fine. Pertanto tutti i documenti relativi ai rapporti con la P.A., compresi quelli di supporto ai

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

processi di decisione, autorizzazione e svolgimento dell'attività devono essere conservati in modo ordinato in archivi, anche elettronici, facilmente consultabili dalle persone autorizzate, in caso di controlli o di richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria. I suddetti archivi devono essere conservati per almeno dieci anni. In caso di controlli e/o ispezioni, gli Amministratori, i dipendenti, i collaboratori, fornitori e consulenti della Fondazione sono tenuti a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate, in modo tale che gli Enti destinatari siano in grado di assumere decisioni autonome e consapevoli.

Ricerca di personale

La selezione di nuovo personale dipendente deve avvenire esclusivamente sulla base delle competenze possedute, in relazione alle mansioni da ricoprire; essa non deve mai concretizzare uno "scambio di favore" con soggetti legati anche indirettamente alla P.A.

Professionisti

L'attribuzione di mandati a terzi professionisti da parte della Fondazione nei rapporti con la P.A. dovrà avvenire in base ad accordi scritti, con espressa indicazione dell'oggetto dell'incarico assegnato e del relativo corrispettivo (o delle modalità di determinazione dello stesso), unitamente a formale atto di delega.

All'atto di conferimento dell'incarico, il professionista si impegna, attraverso apposita clausola risolutiva contrattuale, a:

- *uniformarsi a tutti i principi del Modello Organizzativo al fine di assicurare, a tutela della posizione e dell'immagine della Fondazione, condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività dell'Ente;*
- *astenersi dal compiere attività che possano concretizzare le ipotesi di reato previste dal D. Lgs. 231/2001 o che comunque si pongano in contrasto con il suddetto Decreto.*

Gestione delle "Casse contanti"

L'utilizzo delle risorse finanziarie "per contanti" deve essere ridotta al minimo della fisiologicità operativa; non devono rimanere sospesi di cassa, ed ogni giustificativo di spesa deve essere verificato, unitamente all'esistenza e alla correttezza delle "firme di autorizzazione".

Aree sensibili

Dalla mappatura effettuata è emerso che le attività di seguito indicate risultano le più sensibili rispetto ai rischi di reato verso la Pubblica Amministrazione previsti dal D. Lgs. 231/01:

1. Gestione delle attività di stipula o di rinnovo dei contratti o convenzioni aventi ad oggetto l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, socio – sanitaria, sociale e di ricerca in regime di accreditamento;
2. Produzione di documentazione (fatture, rendicontazioni, FASAS, ecc. ecc.) per l'ottenimento dei rimborsi dovuti a seguito dell'erogazione dei servizi oggetto di accreditamento o del conseguimento di pubblici finanziamenti;
3. Richiesta e ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni, licenze, concessioni o altri provvedimenti amministrativi connessi o funzionali all'esercizio dell'attività sanitaria e assistenziale o altre attività ad essa strumentali;

4. Gestione delle ispezioni svolte da parte di Enti/Funzionari della Pubblica Amministrazione (Nuclei Operativi di Controllo, NAS, funzionari della ATS, Guardia di Finanza, INPS, ARPA, Ispettorato del Lavoro, Vigili del Fuoco, NAS) e delle contestazioni rilevate da questi ultimi;
5. Gestione di adempimenti di tipo pubblicistico mediante comunicazioni, notifiche, dichiarazioni, produzione di documenti;
6. Gestione della fiscalità e del relativo contenzioso con l'Amministrazione Finanziaria, anche mediante professionisti esterni;
7. Partecipazione a procedure di evidenza pubblica per rapporti o progetti con soggetti pubblici;
8. Amministrazione del personale (ad esempio, selezione, assunzione, formazione, valutazione e incentivazione) e gestione dei relativi rapporti e delle ispezioni con la P.A. (INAIL, INPS, Ispettorato del Lavoro, Ufficio Provinciale del Lavoro, Comune, Provincia);
9. Richiesta e ottenimento di contributi, sovvenzioni, finanziamenti, agevolazioni o altre forme di erogazione o garanzia da parte di soggetti pubblici;
10. Gestione di contributi, sovvenzioni, finanziamenti, agevolazioni o altre forme di erogazione o garanzia da parte di soggetti pubblici, delle sponsorizzazioni, degli omaggi e delle regalie;
11. Acquisto di beni e servizi;
12. Gestione delle risorse finanziarie (incassi, pagamenti, versamenti, prelievi con riferimento alla gestione della cassa e dei conti correnti);
13. Conferimento e gestione delle consulenze (es. amministrative, fiscali, legali, studi di architettura, ecc.).

Principi generali di comportamento

I seguenti principi di carattere generale si applicano sia ai Dipendenti e agli Organi della Fondazione – in via diretta – sia alle Controparti in forza di apposite clausole contrattuali.

In via generale, è fatto divieto di: porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali che, presi individualmente o collettivamente, integrino, direttamente o indirettamente, le fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate (articoli 24 e 25 del Decreto 231); sono altresì proibite le violazioni ai principi e alle procedure adottate dall'Ente previste nella presente parte speciale.

In particolare:

- i) è vietato accordare vantaggi di qualsiasi natura (denaro, promesse di assunzione, ecc.) in favore di rappresentanti della Pubblica Amministrazione italiana o straniera, o a loro familiari, rivolti ad acquisire trattamenti di favore nella conduzione di qualsiasi attività istituzionale o che possa, comunque, influenzare l'indipendenza di giudizio o indurre ad assicurare un qualsiasi vantaggio per l'ente;
- ii) al di fuori dell'attività erogativa istituzionale, è vietato distribuire omaggi a rappresentanti della Pubblica Amministrazione italiani ed esteri (anche in quei paesi in cui l'elargizione di doni rappresenta una prassi diffusa), o a loro familiari, che siano diretti a ottenere un qualsiasi vantaggio per l'ente;
- iii) è vietato effettuare prestazioni in favore delle Controparti che non trovino adeguata giustificazione nel contesto del rapporto contrattuale costituito con le stesse, nonché riconoscere compensi in favore delle medesime che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di incarico da svolgere e alle prassi vigenti in ambito locale;

	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
---	---	---

- iv) nessun pagamento superiore a quanto stabilito dall'apposita procedura può essere effettuato in contanti.

Procedure specifiche generalmente applicabili

Ai fini dell'attuazione dei principi e regole generali e dei divieti elencati al paragrafo precedente "Principi generali di comportamento", devono rispettarsi, oltre alle regole e principi generali già contenuti nella Parte Generale del presente Modello, le specifiche procedure qui di seguito descritte:

- a) ai Dipendenti, Organi e Controparti che materialmente intrattengono rapporti con la Pubblica Amministrazione per conto della Fondazione deve essere formalmente conferito potere in tal senso dalla stessa Fondazione (con apposito incarico ad integrazione del mansionario per i Dipendenti e gli Organi ovvero nel relativo contratto di consulenza o di partnership per gli altri soggetti indicati);
- b) di qualunque criticità o conflitto di interesse sorga nell'ambito del rapporto con la Pubblica Amministrazione deve esserne informato tempestivamente l'Organismo di Vigilanza con nota scritta;
- c) i contratti tra la Fondazione e le Controparti devono essere definiti per iscritto e rispettare quanto indicato ai successivi punti;
- d) i contratti con le Controparti devono contenere clausole standard, definite in coordinamento con l'Organismo di Vigilanza che impegnino al rispetto da parte degli stessi del D.Lgs. 231/2001 a pena di risoluzione del contratto;
- e) le Controparti devono essere scelte con metodi trasparenti e secondo specifiche procedure interne;
- f) la Funzione Direttiva Apicale provvede a comunicare all'Organismo di Vigilanza il conferimento di incarichi di consulenza da questa autorizzati o assegnati quando siano superiori a un certo valore (stabilito con disposizione interna);
- g) le attività ispettive condotte presso l'Ente da pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, devono essere gestite nel rispetto delle procedure interne che definiscono chiaramente, tra le altre cose:
 - o i soggetti competenti a gestire direttamente i rapporti con il pubblico ufficiale e/o l'incaricato di pubblico servizio responsabile delle attività di verifica;
 - o la presenza contemporanea di almeno due Dipendenti nella gestione di tutti i rapporti diretti con il soggetto incaricato dell'ispezione;
 - o l'obbligo di redigere e conservare presso gli archivi dell'ente un verbale illustrativo dello svolgimento dell'ispezione e degli esiti della stessa;
 - o l'obbligo, per il responsabile della funzione interna coinvolta, di informare prontamente l'Organismo di Vigilanza di qualsiasi criticità emersa in occasione della verifica.

È inoltre necessario segnalare all'Organismo di Vigilanza l'assunzione di personale che abbia dichiarato di avere rapporti di parentela con soggetti della Pubblica Amministrazione.

Procedure per il regolare svolgimento dell'attività e specifiche di prevenzione

Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento della Fondazione e delle aree sensibili in relazione ai reati contro la P.A., come sopra indicate, sono le seguenti:

- Carta dei servizi UdO R.S.A.
- Regolamento per l'accesso in R.S.A.
- Contratto di ingresso in R.S.A.

- Carta dei Servizi UdO Cure Intermedie.
- Regolamento per l'accesso in Cure Intermedie.
- Contratto d'ingresso in Cure Intermedie.
- Prot. N. 8 "Ingresso e dimissione di un paziente in Cure Intermedie".
- Prot. N. 10 "Protocollo operativo per la compilazione, tenuta e archiviazione del FA.S.AS".
- Prot. N. 11 "Ceck list controllo FA.S.AS".
- Procedura n. 1/Amm –Rev. 3 Assunzione, amministrazione e gestione del personale.

12. I REATI SOCIETARI

Reati societari (impedito controllo e corruzione tra privati dall'art. 25/ter) e induzione a non rendere o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25 decies D. Lgs. 231/01).

Principi di comportamento

Per quanto attiene il reato di corruzione tra privati dal lato attivo del corruttore, prevista dall'articolo 2635 comma 3 del codice civile.

Appare immediata la ragione per cui non è, invece, stato previsto l'inserimento della corruzione passiva tra privati nel catalogo dei reati presupposto 231: elemento costitutivo del fatto punito al primo comma è infatti il **documento cagionato alla società del corrotto**. E, se la società è danneggiata, è esclusa la configurabilità di un interesse o vantaggio e quindi l'imputazione della condotta dell'agente all'ente.

La peculiarità della fattispecie di corruzione tra privati, rispetto all'ipotesi corruttiva pubblicistica, è duplice.

- Sul **piano soggettivo**, tale delitto riguarda esclusivamente **soggetti privati**. L'articolo 2635 comma 3, anzi, a differenza del primo comma, colpisce anche le condotte di soggetti che non rivestono una specifica posizione nell'ambito della società. Dal punto di vista dell'ente, questo dato impone una particolare attenzione nella elaborazione dei modelli, contemplando misure idonee a prevenire condotte illecite anche di soggetti non formalmente incardinati nell'apparato organizzativo dell'ente, ma comunque operanti nell'interesse di quest'ultimo, come agenti o procacciatori di affari.
- Sul **piano oggettivo**, il reato appare **plurioffensivo**. Il primo comma, esigendo un "documento" per il patrimonio della società di appartenenza del corrotto, impone di verificare che quest'ultima abbia subito un danno. L'ultimo comma, invece, lega la procedibilità d'ufficio alla distorsione della concorrenza nella acquisizione di beni e servizi: bene giuridico tutelato, quindi, è anche il **libero dispiegarsi della concorrenza**, che verrebbe leso se l'attività delle società fosse condizionata da interessi diversi dalle normali leggi di mercato.

Con questa scelta il legislatore ha tentato di contemperare l'esigenza di dare seguito alle istanze provenienti dagli organismi transnazionali e le difficoltà sul piano penalistico e pratico di concepire la tutela penale dell'interesse alla concorrenza leale e allo sviluppo economico.

Tracciabilità e trasparenza contabile

La possibilità di individuare comportamenti sensibili ai sensi dell'art. 25 ter del D. Lgs. 231/2001 si fonda sulla trasparenza contabile. Per trasparenza contabile deve intendersi l'accuratezza e la completezza dell'informazione di base per le relative

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

registrazioni contabili. Ciascun dipendente, collaboratore, fornitore di servizi e consulente è tenuto ad operare affinché la gestione della Fondazione sia rappresentata correttamente e tempestivamente nella contabilità. L'organizzazione della funzione contabile deve, infatti, assumere come primario obiettivo la generazione di dati e informazioni idonei a rappresentare in maniera accurata gli accadimenti gestionali dell'Ente e ad individuare tempestivamente possibili errori. Per ogni operazione deve essere conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto, così da consentire:

- l'agevole registrazione contabile;
- la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi;
- l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità.

Rapporti con i soggetti preposti ai controlli

I rapporti con le diverse Autorità di Controllo, quali, a mero titolo esemplificativo, NOC, Autorità Giudiziaria, Guardia di Finanza, devono essere improntati alla massima trasparenza, chiarezza e coerenza, evitando comportamenti dai quali possano dedursi tentativi di influenzare impropriamente e/o indebitamente l'attività e le opinioni.

Comunicazioni esterne relativamente all'area di rischio "reati societari"

I dirigenti ed il personale dipendente della Fondazione non devono rilasciare a qualsiasi titolo dichiarazioni, formali o informali, verso l'ambiente esterno, senza preventiva autorizzazione del Presidente, del Vice.

Divieti ulteriori

Le informazioni acquisite nello svolgimento delle attività assegnate debbono rimanere strettamente riservate, opportunamente protette e non possono essere utilizzate, comunicate o divulgate, sia all'interno, che all'esterno della Fondazione, se non nel rispetto della normativa vigente e delle procedure adottate. Tutte le operazioni e transazioni devono essere ispirate alla massima correttezza dal punto di vista della gestione, alla completezza e trasparenza delle informazioni, alla legittimità sotto l'aspetto formale e sostanziale e alla chiarezza e verità nei riscontri contabili, secondo le norme vigenti e le procedure adottate e devono essere assoggettate a verifica.

Conflitti di interesse

Tutte le situazioni di conflitto di interesse devono essere chiaramente individuate e ove possibile prevenute. L'Amministratore, il dirigente, il dipendente e il collaboratore devono dare notizia alla funzione di Controllo Interno e all'OdV di ogni interesse in conflitto, anche potenziale, che, per conto proprio o di terzo, hanno in una determinata operazione della Fondazione, precisandone la natura e la portata. In caso di accertamento di tale situazione, l'Amministratore, il dirigente, il dipendente e il collaboratore devono astenersi dall'assumere decisioni relative a tali situazioni.

Archiviazione documenti

I registri contabili obbligatori, i documenti contabili e quanto altro relativo all'Ufficio Contabilità idoneo a dimostrare i processi di registrazione e contabilizzazione degli accadimenti in Fondazione, devono essere conservati (in proprio o presso terzi) in archivi, anche elettronici, accessibili facilmente, al solo personale incaricato, per almeno dieci anni.

Aree sensibili

Dalla mappatura effettuata è emerso che le seguenti attività risultano quelle più sensibili rispetto ai reati societari previsti dal D. Lgs. 231/01:

1. Gestione dei rapporti con soggetti che rilasciano all'ente certificazioni o attestazioni di conformità e le connesse attività di verifica e ispezione.
2. I rapporti con tali soggetti vanno tenuti ai massimi livelli della Fondazione (Presidente, Direttore) o dagli stessi delegati a Responsabili di ufficio.
3. Acquisto e vendita di beni e servizi.
4. Devono essere applicate modalità di contrattazione e/o definizione del prezzo e delle altre clausole contrattuali improntate alla massima trasparenza e tracciabilità.
5. Assegnazione e gestione di incarichi di consulenze e collaborazioni esterne in generale.
6. Si tratta di aree di attività potenzialmente a rischio di commissione di reati rilevanti ai fini del Decreto, in quanto è possibile che, attraverso un comportamento deviante, l'attribuzione di incarichi di consulenza venga utilizzata per veicolare risorse finanziarie verso terzi per scopi illeciti.
7. Gestione delle risorse finanziarie (incassi, pagamenti, versamenti, prelievi con riferimento alla gestione della cassa e dei conti correnti della Fondazione).

Principi generali di comportamento

I seguenti principi di carattere generale si applicano sia ai Dipendenti e agli Organi della Fondazione – in via diretta – sia alle Controparti in forza di apposite clausole contrattuali.

In via generale, è fatto divieto di porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali che, presi individualmente o collettivamente, integrino, direttamente o indirettamente, il reato di corruzione tra privati; sono altresì proibite le violazioni ai principi e alle procedure adottate previste nella presente parte speciale.

In particolare:

- i) è vietato accordare vantaggi di qualsiasi natura (denaro, promesse di assunzione, ecc.) a privati, o a loro familiari, rivolti ad acquisire trattamenti di favore nella conduzione di qualsiasi attività istituzionale o che possa, comunque, influenzare l'indipendenza di giudizio o indurre ad assicurare un qualsiasi vantaggio per l'ente;
- ii) al di fuori dell'attività erogativa istituzionale, è vietato distribuire omaggi a privati, o a loro familiari, che siano diretti a o producano l'effetto di ottenere un qualsiasi vantaggio per l'ente;
- iii) è vietato effettuare prestazioni in favore delle Controparti che non trovino adeguata giustificazione nel contesto del rapporto contrattuale costituito con le stesse, nonché riconoscere compensi in favore delle medesime che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di incarico da svolgere e alle prassi vigenti in ambito locale;
- iv) nessun pagamento superiore a quanto identificato da apposite procedure può essere effettuato in contanti.

Procedure specifiche

Ai fini dell'attuazione dei principi e regole generali e dei divieti elencati al paragrafo precedente "Principi generali di comportamento", devono rispettarsi, oltre alle regole

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

e principi generali già contenuti nella Parte Generale del presente Modello, le specifiche procedure qui di seguito descritte:

- a) ai Dipendenti, Organi e Controparti che materialmente intrattengono rapporti con soggetti che rilasciano qualifiche o certificazioni alla Fondazione deve essere formalmente conferito potere in tal senso dalla stessa Fondazione (con apposito incarico ad integrazione del mansionario per i Dipendenti e gli Organi ovvero nel relativo contratto di consulenza o di partnership per gli altri soggetti indicati);
- b) di qualunque criticità o conflitto di interesse sorga nell'ambito del rapporto con soggetti che rilasciano qualifiche o certificazioni deve esserne informato tempestivamente l'Organismo di Vigilanza con nota scritta;
- c) i contratti tra la Fondazione e le Controparti devono essere definiti per iscritto e rispettare quanto indicato ai successivi punti;
- d) i contratti con le Controparti devono contenere clausole standard, definite in coordinamento con l'Organismo di Vigilanza che impegnino al rispetto da parte degli stessi del D. Lgs. 231/2001 a pena di risoluzione del contratto;
- e) le Controparti devono essere scelte con metodi trasparenti e secondo specifiche procedure interne;
- f) il Direttore provvede a comunicare all'Organismo di Vigilanza il conferimento di incarichi di consulenza da lui autorizzati o assegnati, quando il compenso previsto – o in caso di contratto pluriennale, quello annuo – siano superiori a un certo valore (stabilito con disposizione interna);
- g) le attività ispettive condotte presso l'ente da soggetti privati devono essere gestite nel rispetto delle procedure interne che definiscono chiaramente, tra le altre cose:
 - i soggetti competenti a gestire direttamente i rapporti con il responsabile delle attività di verifica;
 - la presenza contemporanea di almeno due Dipendenti, pur incaricati di compiti diversi, nella gestione di tutti i rapporti diretti con il soggetto incaricato dell'ispezione;
 - l'obbligo di redigere e conservare presso gli archivi dell'ente un verbale illustrativo dello svolgimento dell'ispezione e degli esiti della stessa;
 - l'obbligo, per il responsabile della funzione interna coinvolta, di informare prontamente l'Organismo di Vigilanza di qualsiasi criticità emersa in occasione della verifica.

Procedure per il regolare svolgimento dell'attività e specifiche di prevenzione

Le procedure, istruzioni operative e circolari interne poste a presidio delle aree sensibili in relazione ai reati societari sono le seguenti:

Circolare amministrativa che regola il controllo e la gestione cassa contanti.

13. I REATI DI OMICIDIO COLPOSO E LESIONI COLPOSE GRAVI O GRAVISSIME COMMESSI CON LA VIOLAZIONE DELLE NORME ANTINFORTUNISTICHE E SULLA TUTELA DELL'IGIENE E DELLA SALUTE SUL LAVORO

Reato di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con la violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 25-septies D. Lgs. 231/01).

Principi generali

L'art. 9 della Legge n. 123/2007 ha introdotto nel D. Lgs. n. 231/2001 l'art. 25-septies, estendendo la responsabilità amministrativa delle società e degli enti ai reati di

omicidio colposo e lesioni personali colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro. Tale circostanza impone un coordinamento con l'art. 5 del decreto, che definisce il criterio oggettivo di imputazione della responsabilità dell'ente, subordinandola all'esistenza di un interesse o vantaggio per l'ente stesso. Il D. Lgs. n.° 81 del 9 aprile 2008, in attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro stabilisce, all'art. 30 comma 5, che i Modelli di organizzazione della sicurezza definiti conformemente allo standard OHSAS 18001 (oggi sostituito dalla ISO 45001:2018) si presumono idonei ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa di cui al D. Lgs. 231/2001. Inoltre, il medesimo disposto stabilisce che i Modelli di organizzazione della sicurezza definiti conformemente alle Linee guida UNI-INAIL si presumono idonei ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa di cui al D. Lgs. 231/2001. Con riferimento ai profili di rilevanza *ex lege* n. 123/2007, il Modello Organizzativo, per essere efficacemente attuato, dovrà utilmente essere integrato con il "sistema" degli adempimenti propri dell'Ente che scaturiscono dagli obblighi di prevenzione e protezione imposti dall'ordinamento legislativo e con le procedure interne predisposte sulla base delle esigenze di gestione della sicurezza sul lavoro. La Fondazione, si impegna ad adottare ogni regola di perizia, prudenza e diligenza volta a garantire il rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza dei propri consulenti e dipendenti sul posto di lavoro e il corretto mantenimento e l'adeguatezza alle normative degli impianti utilizzati nello svolgimento delle attività. E' interesse della Fondazione imporre a tutto il personale il rispetto delle norme esistenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ed il rispetto delle relative regole interne adottate.

Aree sensibili

La politica generale di prevenzione della Fondazione trae origine dall'applicazione, dapprima, del D. Lgs. 626/94 e, successivamente, del D. Lgs. 81/08 riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, al fine di impostare un Sistema di Prevenzione che non esaurisca il proprio scopo nell'ottemperanza agli obblighi di legge. Si tenga presente che, in ossequio a quanto previsto dall'art. 31 del D. Lgs. 81/2008, la Fondazione ha organizzato al suo interno il Servizio di Prevenzione e Protezione che redige le proprie attività ispettive sulla base di un preciso programma predisposto ad inizio anno.

Tutte le attività svolte dal personale durante l'erogazione del servizio si configurano come le più a rischio ai fini della possibilità di commettere i reati di cui sopra.

La Fondazione redige annualmente, in seguito alle risultanze della riunione periodica di cui all'art. 35 D. Lgs. 81/08 il programma di miglioramento, ad integrazione della valutazione dei rischi, consistente negli interventi strutturali, organizzativi nonché negli acquisti necessari a migliorare la sicurezza dei lavoratori. Già prima della stesura del presente Modello, la Fondazione ha dato inizio ad un'analisi interna finalizzata ad una esaustiva identificazione delle criticità presenti e dei miglioramenti necessari al fine dell'implementazione di un sistema di gestione della sicurezza. L'analisi costituisce, pertanto, un importante passaggio preliminare volto a definire correttamente la situazione presente all'interno dell'Ente, nonché a fornire alla Direzione concreti elementi di valutazione sul costo/opportunità di accesso al sistema di gestione in oggetto.

Per meglio identificare le relative aree/attività a rischio reato ai fini della gestione della sicurezza, la Fondazione ha conferito incarico ad una società di consulenza per

svolgere l'attività di analisi delle condizioni di sicurezza e salute sul luogo di lavoro, della formazione degli addetti e delle caratteristiche organizzative del sistema sicurezza in tutte le attività da essa gestite; i risultati di tale attività danno costante evidenza di quali sono le aree a rischio e di conseguenza quali sono le principali iniziative da intraprendere da parte dell'Ente per ottemperare costantemente alle normative di riferimento.

L'incarico di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione è affidato ad un professionista esterno.

Principi generali di comportamento

La gestione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro riguarda qualunque tipologia di attività finalizzata a sviluppare e ad assicurare un sistema di prevenzione e protezione dei rischi esistenti sul luogo di lavoro, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente emanata ai fini della prevenzione degli infortuni e della tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

In tema di tutela della sicurezza e della salute sul lavoro, si rammenta anzitutto che ai sensi del D. Lgs. 81/08 compete al Datore di lavoro la responsabilità per la definizione della politica riguardante la salute e la sicurezza dei lavoratori sul lavoro.

L'art. 30 del D.Lgs. 81/08 dispone che il modello di organizzazione e di gestione debba assicurare un sistema dell'Ente per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

- a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; d) alle attività di sorveglianza sanitaria;
- e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

Viene esplicitamente richiesta l'adozione di idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle suddette attività.

Il medesimo articolo dispone anche che il modello organizzativo debba in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta:

- un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio;
- un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello. Deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico.

	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
---	---	--

In ottemperanza a quanto disposto dal citato D.Lgs. 81/08, la Fondazione adotta e tiene aggiornato il “Documento di Valutazione dei Rischi”, che deve avere data certa e contenere:

- a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;
- b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati;
- c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- d) l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;
- e) l'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;
- f) l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

L'incaricato della gestione della documentazione inerente la materia, quali autorizzazioni/certificazioni/nullaosta rilasciati dalla Pubblica Amministrazione, è tenuto al rispetto dei principi di comportamento stabiliti e descritti nelle comunicazioni organizzative e nelle procedure della Fondazione.

La politica in tema di salute e sicurezza sul lavoro deve essere diffusa, compresa, applicata e aggiornata a tutti i livelli organizzativi. Le linee d'azione generali della Fondazione devono essere orientate verso un costante miglioramento della qualità della sicurezza e devono contribuire allo sviluppo effettivo di un “sistema di prevenzione e protezione”. Gli Organi della Fondazione e i Dipendenti devono osservare le disposizioni in materia di salute, di sicurezza e di igiene del lavoro e tenerne conto in occasione di qualsivoglia modifica degli assetti esistenti.

Quanto definito dal presente protocollo è volto a garantire il rispetto, da parte della Fondazione, della normativa vigente e dei principi di trasparenza, correttezza, oggettività e tracciabilità nell'esecuzione delle attività in oggetto.

Il processo di gestione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro prevede le seguenti fasi:

- a) identificazione dei pericoli e loro classificazione (pericoli per la sicurezza e pericoli per la salute dei lavoratori);
- b) valutazione dei rischi;
- c) individuazione delle misure di prevenzione e di protezione;
- d) definizione di un piano di intervento;
- e) realizzazione, degli interventi pianificati nell'ambito di un programma.

Le modalità operative per la gestione del processo sono disciplinate nell'ambito della normativa interna, sviluppata ed aggiornata a cura dell'ufficio Amministrazione, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente protocollo.

Fermo restando che il sistema di controllo a presidio del processo descritto ruota intorno alle seguenti tipologie di verifica:

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- a) idoneità delle procedure interne adottate;
- b) rispetto delle stesse da parte dei destinatari;
- c) adeguatezza del sistema dei controlli interni nel suo complesso, Detto sistema si deve basare sui seguenti fattori:
 - 1) Segregazione dei compiti tra i differenti soggetti/figure coinvolte nel processo di gestione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro. In particolare:
 - i) le strutture operative che hanno il compito di realizzare e di gestire gli interventi (assunzione e qualificazione del personale; organizzazione del lavoro e delle postazioni di lavoro; acquisto di attrezzature, strumentazioni, materiali di consumo; manutenzione ordinaria e straordinaria; qualificazione e scelta dei fornitori e degli appaltatori), sono distinte e separate dal Responsabile esterno del Servizio di Prevenzione e Protezione al quale sono stati attribuiti compiti di consulenza in tema di valutazione dei rischi e di controllo sulle misure atte a prevenirli e a ridurli;
 - ii) i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza collabora attivamente col Datore di Lavoro al fine di segnalare criticità e individuare le conseguenti soluzioni.
 - 2) Attività di controllo:
 - i) l'RSPP attraverso un delegato interno deve attivare un piano di controllo sistematico al fine di verificare la corretta gestione delle procedure e delle misure messe in atto per valutare, in ottemperanza alle prescrizioni di legge, i luoghi di lavoro. Il piano, in particolare, deve contemplare aree e attività da verificare, modalità di esecuzione delle verifiche, modalità di rendicontazione;
 - ii) l'RSPP attraverso un delegato interno deve controllare che tutte le misure di prevenzione e protezione programmate siano attuate, assicurando un costante monitoraggio delle situazioni di rischio e dell'avanzamento dei programmi di intervento previsti dagli specifici documenti di valutazione dei rischi;
 - iii) l'RLS, nel rispetto delle norme di legge in materia, può accedere alla documentazione inerente la valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative e chiedere informazioni al riguardo. Lo stesso può accedere ai luoghi di lavoro e formulare osservazioni in occasione di visite e verifiche da parte delle Autorità competenti;
 - iv) tutti gli ambienti di lavoro sono visitati e valutati da soggetti in possesso dei requisiti di legge e di adeguata formazione tecnica. Il Medico Competente e l'RSPP visitano periodicamente i luoghi di lavoro; vi) l'RSPP o suo delegato provvede alla verifica dell'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori da affidare;
 - vii) tracciabilità del processo sia a livello di sistema informativo sia in termini documentali;
 - viii) l'RSPP o suo delegato e i Dipendenti di volta in volta interessati, al fine di consentire la ricostruzione delle responsabilità, sono responsabili dell'archiviazione e della conservazione di tutta la documentazione prodotta anche in via telematica o elettronica, inerente alla esecuzione degli adempimenti svolti nell'ambito delle attività proprie del processo della gestione dei rischi in materia di sicurezza e salute dei lavoratori nonché della relativa attività di controllo.

I seguenti principi di carattere generale si applicano sia ai Dipendenti e agli Organi della Fondazione – in via diretta – sia alle Controparti in forza di apposite clausole contrattuali.

Nel compimento delle attività considerate a rischio, è espressamente vietato di porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali che, presi individualmente o collettivamente, integrino, direttamente o indirettamente, le fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate; sono altresì proibite le violazioni ai principi e alle procedure adottate dall'Ente previste nella presente parte speciale.

In particolare sono tenuti, ognuno per i rispettivi ambiti, a:

- assicurare, per quanto di competenza, gli adempimenti in materia di sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro osservando le misure generali di tutela e valutando la scelta delle attrezzature di lavoro nonché la sistemazione dei luoghi di lavoro;
- assicurare che il coinvolgimento di soggetti terzi nella gestione/prevenzione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro, si realizzi mediante contratti contenenti apposita dichiarazione di conoscenza della normativa di cui al D.Lgs. 81/08 e di impegno al suo rispetto;
- astenersi dall'affidare incarichi a eventuali consulenti esterni eludendo criteri documentabili e obiettivi incentrati su professionalità qualificata, competitività, utilità, prezzo, integrità, solidità e capacità di garantire un'efficace assistenza continuativa. In particolare, le regole per la scelta devono ispirarsi ai criteri di imparzialità e correttezza dettati dal Codice Etico;
- adottare una condotta trasparente e collaborativa nei confronti degli Enti preposti al controllo (es. Ispettorato del Lavoro, ATS, Vigili del Fuoco, ecc.) in occasione di accertamenti/procedimenti ispettivi;
- provvedere, nell'ambito dei contratti di somministrazione, appalto e fornitura, a elaborare e applicare le misure atte a governare in sicurezza le eventuali interferenze fra le imprese compresi gli eventuali lavoratori autonomi;
- favorire e promuovere l'informazione e la formazione interna in tema di rischi connessi allo svolgimento delle attività, misure e attività di prevenzione e protezione adottate, procedure di pronto soccorso, lotta antincendio ed evacuazione dei lavoratori;
- curare il rispetto delle normative in tema di salute e sicurezza nell'ambito dei contratti di appalti di forniture, di servizi o d'opere.

Parimenti, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- osservare le disposizioni di legge, la normativa interna e le istruzioni impartite dagli Organi e dai Dirigenti della Fondazione e dalle Autorità competenti;
- utilizzare correttamente, le attrezzature, i mezzi di trasporto nonché i dispositivi di sicurezza;
- segnalare immediatamente al RSPP e agli addetti alla gestione delle emergenze, ogni situazione di pericolo potenziale o reale, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tale situazione di pericolo.

In ogni caso è fatto divieto di porre in essere/collaborare/dare causa alla realizzazione di comportamenti che possano rientrare nelle fattispecie di reato considerate ai fini del D.Lgs. 231/2001.

Gli Organi e i Dipendenti della Fondazione sono tenuti a porre in essere tutti gli adempimenti necessari a garantire l'efficacia e la concreta attuazione dei principi di controllo e comportamento descritti nel presente protocollo.

Gli organi competenti devono provvedere a informare l'Organismo di Vigilanza:

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

- entro 48 ore nel caso si verifichino incidenti sul lavoro;
- entro 48 ore nel caso di revoca del RSPP;
- entro 15 gg dalla nomina di un nuovo RSPP o di un nuovo medico competente;
- entro 15 gg. dall' aggiornamento del documento sulla valutazione dei rischi;
- entro 25 gg. dalla modifica / aggiornamento delle misure di prevenzione.

L'RSPP deve informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza in merito alle eventuali criticità emerse in merito alle verifiche effettuate e trasmettere gli aggiornamenti del documento di valutazione dei rischi. L'Organismo di Vigilanza incontra periodicamente l'RSPP al fine di essere aggiornato sulla corretta applicazione dei sistemi di prevenzione e sullo svolgimento di eventi formativi in tema di sicurezza.

Procedure specifiche di prevenzione

Buona parte dei protocolli, delle procedure, istruzioni operative e circolari interne che riportano regole e modalità per l'organizzazione delle attività sanitarie e assistenziali, sono poste anche a presidio delle aree sensibili in relazione ai reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi e gravissime.

Di seguito l'elenco dei principali procedure/protocolli sanitari in uso.

1. DIVULGAZIONE PROTOCOLLI ED ELENCO PROTOCOLLI.
2. EMERGENZE ORGANIZZATIVE.
5. EMERGENZE SANITARIE TECNOLOGICHE.
10. PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA COMPILAZIONE, TENUTA E ARCHIVIAZIONE DEL FA.SA.S.
13. PROTOCOLLO PER POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE EMIPLEGICO.
14. RIABILITAZIONE POST INTERVENTO ARTROPROTESI DELL'ANCA.
20. ISTRUZIONE OPERATIVA PER INIEZIONI INTRAMUSCOLARI.
21. PREPARAZIONE ED ESECUZIONE PRELIEVI VENOSI.
22. PROCEDURA PER TRASFUSIONI DI SANGUE.
23. SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORELATE ALL'ASSISTENZA.
24. PROTOCOLLO PER DETERSIONE AMBIENTI.
25. PROTOCOLLO PER LE MODALITA' DI PULIZIA, LAVAGGIO E DISINFEZIONE DI SUPERFICI, STRUMENTI ED ACCESSORI.
26. RACCOLTA DIFFERENZIATA DEI RIFIUTI.
27. PROTOCOLLO PER IL TRASPORTO DI MATERIALI INFETTI E CAMPIONI DIAGNOSTICI.
28. PROCEDURE IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO.
29. PROCEDURE IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO CLINICO.
30. PROTOCOLLO PER CONTENERE IL RISCHIO LEGATO ALLA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI.
31. MODALITA' DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO DI PULIZIA E SANIFICAZIONE DEI LOCALI DELLA FONDAZIONE. INTEGRAZIONE EMERGENZA Covid-19.
32. PREVENZIONE, PROTEZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE.
33. PROTOCOLLO PER LA PRESCRIZIONE E L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'UTENTE RICOVERATO.
34. MEDICAZIONI E FERITE CHIRURGICHE.
35. PROTOCOLLO PER L'ASPIRAZIONE TRACHEO-BRONCHIALE.
36. PROTOCOLLO OSSIGENO MEDICALE.

	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
---	---	--

37. PROCEDURA PER L'ESECUZIONE CLISMA EVACUATIVO, PULIZIA DEL CAVO ORALE, CATETERISMO VESCICALE.
38. PROCEDURA PER L'IGIENE PERSONALE.
41. PROTOCOLLO GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI.
43. PROTOCOLLO GESTIONE FARMACI OSPEDALIERI.
45. INSERIMENTO DEL NEO ASSUNTO NEI NUCLEI DI DEGENZA.
54. PIANO OPERATIVO PANDEMICO 2024. PIANO DI PREVENZIONE E INTERVENTO Udo CURE INTERMEDIE.
54/Bis. PIANO OPERATIVO PANDEMICO 2024. PIANO DI PREVENZIONE E INTERVENTO Udo RSA.

Sono inoltre presenti i seguenti documenti.

- Organigramma con definizione di ruoli e responsabilità per la sicurezza.
- Protocollo sorveglianza sanitaria operatori adottato dal MC ai sensi del D. Lgs. 81/08.
- Documento generale di valutazione dei rischi e appendici di valutazione di rischi specifici (DVR).
- Piano di emergenza aziendale.
- Protocollo per il controllo e la manutenzione degli impianti per la prevenzione ed il controllo della legionellosi.

14. I REATI AMBIENTALI

Reati ambientali (limitatamente ai reati inerenti gestione rifiuti e scarichi idrici art. 25-undecies D. Lgs. 231/01);

Principi generali

Vi è da segnalare che le indicazioni utili per la definizione di sistemi di gestione ambientale si possono ritrovare innanzitutto negli *standard* internazionali della serie ISO 14000, ed in particolare nella norma ISO 14001:2015. Tali norme, elaborate con lo scopo di fornire una guida pratica per l'attuazione e il miglioramento di un sistema di gestione ambientale nonché di offrire strumenti di valutazione degli aspetti specifici della propria gestione ambientale, sono definite al fine di essere recepite in un sistema di gestione ambientale.

Innanzitutto, a livello preliminare, è importante considerare la politica ambientale della Fondazione, che sia idonea alla natura ed alla dimensione della stessa quanto all'impatto che l'attività della stessa implica a livello ambientale. Tale politica ambientale, non solo individua il quadro di riferimento anche per la valutazione degli obiettivi ambientali, ma altresì deve essere esteriorizzata e comunicata a tutti coloro che lavorano per l'Ente (anche a livello di collaboratori esterni, Agenzie, ecc.) e, se resa pubblica, rappresenta il biglietto da visita "ambientale" dell'impresa.

La valutazione delle prescrizioni legali applicabili, oltre a tenere conto delle disposizioni normative (leggi nazionali e regionali, norme internazionali, regolamenti locali o di autorità specifiche), potrà utilmente considerare anche profili ulteriori, quali eventuali accordi con pubbliche amministrazioni, *best practices* o codici di condotta di settore, fino a giungere agli impegni volontari assunti dalla Fondazione di fronte al pubblico (ad es. gestione sostenibile, etichettatura ambientale, ecc.). Tutti coloro che sono coinvolti in attività con rilevanza nel settore ambientale devono essere destinatari non solo di interventi di formazione (da definirsi in base alle necessità formative individuate con riferimento ai profili ambientali rilevati), ma anche di procedure specifiche mirate alla maggiore consapevolezza dell'importanza della conformità alla politica ambientale ed alle relative procedure di attuazione, come pure dell'importanza degli aspetti ambientali significativi per l'impresa (es. gestione emergenze ambientali).

Allo scopo di prevenire la commissione di reati ambientali è fatto espresso divieto a carico dei Dipendenti, Destinatari e Consulenti/*Partner* della Fondazione di:

- porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali che, presi individualmente o collettivamente, integrino, direttamente o indirettamente, le fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate;
- violare i principi e le procedure esistenti in Fondazione e/o previste nella presente Parte Speciale.

Viene previsto, conseguentemente, l'espresso obbligo a carico dei soggetti sopra indicati di:

1. tenere un comportamento corretto, trasparente e collaborativo, nel rispetto delle norme di legge e delle procedure interne, in tutte le attività inerenti l'uso e la gestione della sicurezza ambientale e della raccolta e smaltimento dei rifiuti;
2. individuare se del caso, attraverso il Catalogo Europeo dei Rifiuti (CER) la tipologia di rifiuti e la loro classificazione per lo smaltimento;
3. effettuare con tempestività, correttezza e buona fede tutte le comunicazioni previste dalla legge e dai regolamenti nei confronti delle autorità di vigilanza, ivi compreso

	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
---	---	--

l'OdV, non frapponendo alcun ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza da queste eventualmente esercitate.

Aree sensibili

Dalla mappatura effettuata è emerso che le seguenti attività risultano quelle più sensibili rispetto ai reati ambientali previsti dal D.Lgs. 231/01:

1. attività di gestione dei rifiuti e sostanze tossiche inquinanti nell'ambito dei servizi offerti;
2. attività di selezione e gestione dei fornitori di servizi di analisi, trasporto e smaltimento dei rifiuti, laboratori e soggetti autorizzati all'esecuzione di controlli sugli impianti;
3. gestione degli adempimenti e dichiarazioni obbligatorie per legge in materia ambientale;

Procedure specifiche di prevenzione

Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento dell'Ente e delle aree sensibili in relazione ai reati ambientali sono le seguenti:

- Contratto smaltimento rifiuti speciali.
- Procedura n. 26 "Raccolta differenziata rifiuti".

 FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo PARTE SPECIALE	Data: Settembre 2024 Edizione: 00 Revisione: 01
--	---	--

15. I REATI PRESUPPOSTI PER L'IMPIEGO DI CITTADINI DI PAESI TERZI IL CUI SOGGIORNO E' IRREGOLARE

Reati presupposti per l'impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies D.

Lgs. 231/01).

13.1 Principi generali

La presente parte speciale prevede l'espresso divieto a carico degli Organi Sociali, dei soci, dei dirigenti (in via diretta) e dei lavoratori dipendenti e dei Consulenti (limitatamente rispettivamente agli obblighi contemplati nelle specifiche procedure e agli obblighi contemplati nelle specifiche clausole contrattuali) di:

- porre in essere, collaborare o dare causa alla realizzazione di comportamenti tali che - considerati individualmente o collettivamente - integrino, direttamente o indirettamente, le fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate (artt. 25 duodecies del D.Lgs. 231/2001);
- violare i principi e le procedure interne previste nella presente parte speciale.

La presente Parte Speciale comporta, conseguentemente, l'obbligo a carico dei soggetti sopra indicati di rispettare scrupolosamente tutte le leggi vigenti ed in particolare di tenere un comportamento di assoluto rispetto delle procedure burocratiche attinenti all'assunzione di lavoratori extracomunitari sia nell'ipotesi che gli stessi siano residenti all'estero che nell'ipotesi di lavoratori residenti in Italia al momento dell'assunzione.

Nell'ambito dei suddetti comportamenti, è fatto divieto, in particolare, di impiegare ed assumere 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, revocato o annullato.

13.2 Aree sensibili

Dalla mappatura effettuata è emerso che le seguenti attività risultano quelle più sensibili rispetto ai reati presupposti per l'impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare:

Rispetto delle procedure burocratiche al momento dell'assunzione di lavoratori stranieri provenienti da paesi Terzi.

Il rispetto di dette procedure essenzialmente si sostanzia in due profili entrambi possibili.

Il primo profilo riguarda *l'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o stagionale con Cittadino Straniero extracomunitario residente all'estero.*

In questa ipotesi il datore di lavoro deve presentare una specifica richiesta nominativa di nulla osta presso lo Sportello unico competente per il luogo in cui l'attività lavorativa dovrà effettuarsi ed il cittadino straniero deve possedere al momento di ingresso in Italia **un visto per motivi di lavoro** a seguito del rilascio del **nulla osta al lavoro** da parte dello Sportello unico competente.

Il visto è rilasciato dalle ambasciate o dai consolati italiani nello stato di origine o nel Paese in cui lo straniero ha una residenza stabile.

Lo straniero che entra legalmente in Italia, entro otto giorni lavorativi, dovrà richiedere il permesso di soggiorno. Il documento avrà una motivazione identica a quella indicata nel visto.

Il secondo profilo riguarda *l'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o stagionale con Cittadino Straniero Extracomunitario residente in Italia.*

In questa ipotesi all'atto dell'assunzione il datore di lavoro dovrà verificare la validità del permesso di soggiorno secondo le modalità già indicate al capo precedente ed attinenti la validità in ordine alla durata, al rinnovo e all'assenza di provvedimenti di revoca e/o di annullamento del permesso di soggiorno dello Straniero, nonché, come ovvio, la effettiva età del lavoratore che non dovrà essere incompatibile con la capacità lavorativa (in Italia è fissata detta età minima, ma con numerose deroghe, in 16 anni)

13.3 Procedure specifiche di prevenzione Le procedure e disposizioni operative interne poste a presidio del funzionamento dell'Ente e delle aree sensibili in relazione ai reati presupposti per l'impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare, che sono già state approntate nella loro versione definitiva, sono le seguenti:

- Procedura n. 1/Amm – Rev. 3 “Assunzione, amministrazione e gestione del personale”

TITOLO: PROCEDURA WHISTLEBLOWING

INDICE:

- 1 Scopo
- 2 Campo di applicazione
- 3 I Referenti incaricati della gestione del canale di segnalazione
- 4 Oggetto della segnalazione
- 5 Misure di protezione del segnalante
 - 5.1 Divieto di ritorsione
 - 5.2 Riservatezza
- 6 Modalità e gestione delle segnalazioni
 - 6.1 Forma e contenuto della segnalazione
 - 6.2 Canale di segnalazione
 - 6.3 Gestione delle segnalazioni da parte del Referente
 - 6.4 Conservazione della documentazione
- 7 Trattamento dei dati personali
- 8 Pubblicazione e diffusione della procedura

1. SCOPO

La presente procedura è stata predisposta secondo le condizioni e i requisiti specifici previsti dal D.Lgs. n. 24/2023 e ha lo scopo di istituire un canale di segnalazione che consenta ai dipendenti, collaboratori, consulenti, lavoratori autonomi, nonché a qualsiasi altra persona che operi nell'ambito del contesto lavorativo, di segnalare violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità di Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga (in seguito "Fondazione"), nonché violazioni del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 (il "MOG") e del Codice Etico adottati dall'Ente.

La presente procedura definisce e regola le attività necessarie alla corretta gestione del canale di segnalazione da parte del referente incaricato al ricevimento e gestione delle segnalazioni, quali soggetti a cui è affidata la gestione del canale di segnalazione, e le misure poste a tutela dell'autore della segnalazione ("Segnalante") e di tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di segnalazione.

In particolare, la procedura individua:

- a) il soggetto che può effettuare una segnalazione;
- b) le violazioni che possono essere segnalate mediante il canale di segnalazione;
- c) le modalità e i termini con cui sono raccolte le segnalazioni ed elaborati i report;
- d) le condizioni al cui ricorrere, l'autore di una segnalazione può beneficiare dello status e delle misure di protezione di Segnalante ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023;
- e) le misure poste a tutela del Segnalante e degli altri soggetti che, a vario titolo, possono essere interessati dalla procedura.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai destinatari del Modello e del Codice Etico, nonché a tutti i soggetti che siano venuti a conoscenza di violazioni e infrazioni nell'ambito del contesto lavorativo. Rientrano tra i soggetti che possono effettuare una segnalazione nel contesto della presente procedura:

- i lavoratori subordinati, compresi i lavoratori occasionali;
- i lavoratori somministrati;
- i lavoratori delle imprese appaltatrici negli appalti endoaziendali;
- i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa;
- i lavoratori autonomi, i liberi professionisti e i consulenti;
- i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non;
- i dipendenti e i collaboratori cessati;
- i candidati ad un posto di lavoro e i partecipanti alle procedure selettive di assunzione;

- i soci;
- i componenti del Consiglio di amministrazione;
- i componenti dell'Organismo di Vigilanza;
- il revisore dei conti.

Il suindicato elenco non ha carattere tassativo ed esaustivo.

Il regime di tutela del Segnalante previsto dalla presente procedura è esteso anche alle seguenti categorie di soggetti:

- le persone fisiche che assistono il Segnalante (cd. "Facilitatori");
- le persone appartenenti al medesimo contesto lavorativo del Segnalante cui sono legate da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il IV grado;
- i colleghi di lavoro del Segnalante legati da un rapporto abituale e corrente;
- gli enti di proprietà del Segnalante (in via esclusiva o per i quali detiene una quota di maggioranza), nonché gli enti per il quale il Segnalante lavora e gli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo.

3. I REFERENTI INCARICATI DELLA GESTIONE DEL CANALE DI SEGNALAZIONE

L'OdV è soggetto autorizzato alla gestione del canale di segnalazione. In particolare, le segnalazioni vengono ricevute ed elaborate dai seguenti soggetti ("Referente" o "Referenti"):

1. Alessandro Calanca
e-mail: alecalanca@virgilio.it

Se la segnalazione coinvolge il Referente sopra indicato, la segnalazione deve essere effettuata esclusivamente a mezzo e-mail a:

2. Maddalena Zucchi
e-mail: info@ospedalegonzaga.it

I Referenti incaricati della gestione del canale di segnalazione forniscono informazioni chiare e trasparenti sul canale di segnalazione, sulle modalità e sul funzionamento della procedura e sulle condizioni per effettuare le segnalazioni.

I Referenti sono adeguatamente formati sul funzionamento del canale di segnalazione e sulle tutele previste dal D.Lgs. n. 24/2023 per il Segnalante, i Facilitatori e gli altri soggetti coinvolti nel processo di segnalazione. I Referenti possiedono adeguate competenze sul trattamento dei dati e sono soggetti indipendenti e autonomi. I Referenti gestiscono il canale di segnalazione in modo imparziale.

4. OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le violazioni oggetto del canale di segnalazione riguardano i comportamenti, gli atti e le omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Ente, di cui il Segnalante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo. In tale ambito rientrano - e possono essere, quindi, oggetto di segnalazione - gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali.

Sono ricomprese tra le violazioni:

1. Le condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001, nonché le violazioni del Modello e del Codice Etico adottati dall'Ente;
2. Gli illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione Europea;
3. Gli illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti nazionali attuativi degli atti dell'Unione Europea indicati nell'allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, relativi ai seguenti settori: appalti pubblici, servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi.

A titolo esemplificativo, possono essere oggetto di segnalazione fatti o comportamenti relativi a corruzione, traffico di influenze, abuso di posizione dominante, pratiche anticoncorrenziali, fatti che rappresentano una grave minaccia per la salute e la sicurezza delle persone, furto e fatti che presentano rischi per l'ambiente o la salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

La presente procedura trova applicazione anche in caso di discriminazioni, vessazioni, coercizioni, intimidazioni, molestie o altro tipo di offesa in violazione del Codice Etico.

La presente procedura non si applica alle segnalazioni su informazioni coperte dal segreto della difesa nazionale, dal segreto medico, dal segreto giudiziario o dal segreto professionale dell'avvocato.

La presente procedura non si applica altresì ai reclami personali del Segnalante che riguardano esclusivamente il suo rapporto di lavoro. A titolo esemplificativo, rientrano in tale categoria le segnalazioni su situazioni di carattere personale aventi ad oggetto rivendicazioni o rimostranze relative ai rapporti con i superiori gerarchici o con i colleghi, nonché relative all'esecuzione della propria prestazione lavorativa.

5. MISURE DI PROTEZIONE DEL SEGNALANTE

5.1. DIVIETO DI RITORSIONE

Il Segnalante è tutelato contro ogni forma di discriminazione, penalizzazione e ritorsione, diretta o indiretta, per motivi collegati alla segnalazione.

Si fa presente che le seguenti misure, laddove determinate dalla segnalazione, possono costituire violazione del divieto di ritorsione: misure disciplinari, licenziamento o misure equivalenti, sospensione dal lavoro, demansionamento o mancata promozione, trasferimento, riduzione della retribuzione e modifica dell'orario di lavoro, trattamento deteriore sul piano normativo o economico, sospensione o limitazione dell'accesso alla formazione, mancata conversione di un contratto a tempo determinato o risoluzione anticipata del contratto.

Nel caso in cui il Segnalante ritenga di aver subito una discriminazione, ritorsione o minaccia a seguito di una segnalazione dovrà darne notizia ai Referenti che provvederanno a verificarne la sussistenza ed a darne comunicazione all'Ente per l'adozione delle opportune misure.

Le medesime misure di protezione previste per il Segnalante con riferimento al divieto di ritorsione si applicano alla persona che ha effettuato una segnalazione anonima, quando è stata successivamente identificata.

5.2. RISERVATEZZA

Ogni dato e informazione relativi all'identità del Segnalante e all'oggetto della segnalazione sono protetti da un obbligo di riservatezza e non possono costituire oggetto di divulgazione. L'obbligo di riservatezza e il divieto di divulgazione si estendono al soggetto segnalato e a qualsiasi altro soggetto menzionato nella segnalazione.

Si fa presente che il rispetto da parte del Segnalante delle modalità di trasmissione della segnalazione previste dal canale di segnalazione descritto in questa procedura consente al medesimo Segnalante di preservare la riservatezza della propria identità e della propria segnalazione.

Il singolo Referente è autorizzato a comunicare e condividere le informazioni oggetto della segnalazione solo ai fini della valutazione e della gestione della segnalazione, ivi inclusa la fase di istruttoria funzionale alla verifica della fondatezza della segnalazione ed all'adozione di ogni conseguente misura e/o azione.

Ogni Referente incaricato della gestione del canale di segnalazione si impegna in anticipo ad una specifica clausola di riservatezza ed è informato delle sanzioni a cui è esposto in caso di violazione di tale impegno.

Gli elementi idonei ad identificare il Segnalante come autore della segnalazione possono essere comunicati solo con il suo espresso consenso, ad eccezione del caso in cui il Referente sia tenuto a comunicare detti elementi ad un'autorità giudiziaria. In tal caso, il Segnalante è informato di tale divulgazione all'autorità giudiziaria, salvo che tale informazione possa compromettere il procedimento giudiziario.

La violazione degli obblighi di riservatezza è punita con una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra € 10.000 e € 50.000. Restano fermi tutti gli altri eventuali profili di

responsabilità, inclusa quella penale, nei confronti del soggetto che abbia violato gli obblighi di riservatezza.

Le medesime misure di protezione previste per il Segnalante con riferimento all'obbligo di riservatezza si applicano alla persona che ha effettuato una segnalazione anonima, quando è stata successivamente identificata.

6. MODALITÀ E GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

6.1. FORMA E CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE

La segnalazione deve essere chiara e circostanziata per consentire che i fatti in essa riferiti siano valutati e compresi in modo preciso dai Referenti. A tal fine, è necessario che la segnalazione:

- (i) riporti in modo preciso le circostanze di tempo e di luogo in cui si è verificata la violazione oggetto di segnalazione;
- (ii) offra una rappresentazione chiara e circostanziata dei fatti da cui emerge la violazione;
- (iii) individui in modo preciso le generalità e gli altri elementi utili ad identificare il soggetto o i soggetti autori della violazione.

Il Segnalante è invitato, laddove possibile, a produrre ogni documento utile a supportare la segnalazione, al fine di consentire ai Referenti di poter accertare la fondatezza dei fatti oggetto della violazione. Al Segnalante è, inoltre, richiesto di indicare ogni altro soggetto a conoscenza dei fatti riportati nella segnalazione.

Si fa presente che la segnalazione può avere ad oggetto violazioni di cui il Segnalante sia venuto a conoscenza in modo diretto ovvero indiretto se riferiti da altri soggetti (ad esempio, tramite un collega di lavoro), purché supportati da elementi concreti.

Non possono, invece, essere oggetto di segnalazione le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o di vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

È ammessa la segnalazione in forma anonima. Tuttavia, l'Ente non incoraggia il Segnalante ad effettuare una segnalazione in forma anonima, posto che le fasi di indagine e di istruttoria potrebbero risultare meno agevoli.

Le segnalazioni effettuate in forma anonima sono soggette a particolari precauzioni e sono trattate solo se le informazioni trasmesse sono sufficientemente dettagliate e hanno ad oggetto fatti sufficientemente gravi in relazione al possibile compimento di una violazione ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023. In caso contrario, il Referente potrà valutare la segnalazione inammissibile.

In tutti i casi in cui il Segnalante abbia fondati motivi di ritenere che la segnalazione interna non avrà seguito o che possa portare a ritorsioni nei suoi confronti, il Segnalante medesimo può effettuare la segnalazione esterna all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

La segnalazione esterna all'ANAC potrà essere effettuata anche nei seguenti ulteriori casi:

- (i) il canale di segnalazione non è attivo o non è conforme alla normativa vigente;
- (ii) il Segnalante ha già effettuato la segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito;
- (iii) il Segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione oggetto di segnalazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse (ad es. nel caso in cui vi sia una minaccia per la salute personale o per l'ambiente).

In caso di segnalazioni effettuate allo scopo di diffamazione o di calunnia o in caso di utilizzo improprio del canale di segnalazione, nonché nell'ipotesi in cui dalla valutazione dei fatti oggetto della segnalazione emerga un profilo di corresponsabilità del Segnalante, sarà avviato nei confronti del Segnalante un procedimento disciplinare e/o un procedimento giudiziario avanti le autorità competenti.

Se la segnalazione è stata effettuata in malafede e da essa emerge una responsabilità penale o civile per diffamazione o calunnia, accertata anche da una sentenza di primo grado, il Segnalante perde lo status di segnalante ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023 e le relative misure di protezione. Il Segnalante è, altresì, soggetto ad una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra € 500 e € 2.500.

6.2. CANALE DI SEGNALAZIONE

La Fondazione ha istituito il canale di segnalazione mediante l'adozione della piattaforma "Portale Whistleblowing", fornita da Data Service Srl Srl, disponibile al seguente link: <https://whistleblowing.dataservices.it/OSPEDALEGONZAGA>

In via residuale, ed esclusivamente nell'ipotesi in cui la segnalazione riguardi il Referente indicato nella presente procedura, la segnalazione dovrà essere effettuata mediante segnalazione da trasmettere via e-mail unicamente all'indirizzo del Referente alternativo non coinvolto dalla segnalazione (vedi punto 3.)

Per effettuare la segnalazione mediante la piattaforma sono previsti i seguenti passaggi:

il Segnalante deve accedere al link <https://whistleblowing.dataservices.it/OSPEDALEGONZAGA>, si presenta la pagina web dedicata alle segnalazioni per la Fondazione. A questo punto il segnalante clicca sul tasto "invia una segnalazione" (vedi immagine sotto):



Il Segnalante procedere scegliendo la modalità di invio della segnalazione (vedi foto sottostante):



Durante la fase di inserimento della segnalazione, il Segnalante può optare per evitare di fornire i propri dati identificativi e inviare la segnalazione in forma anonima. Qualora scelga la modalità di segnalazione scritta gli si chiederà di compilare un format in cui dovrà circostanziare la segnalazione inserendo le informazioni nei campi richiesti.

Ultimata la compilazione il sistema chiede di prendere visione dell'informativa privacy e di tutele del segnalante.

Completata la segnalazione, il sistema prende in carico il form inviato che sarà, quindi, visualizzato e processato dal Referente attraverso la medesima piattaforma e rilascia al Segnalante il codice della segnalazione da memorizzare per successivi accessi (vedi foto sotto).

Segnalazione Whistleblowing inviata con successo!

Di seguito ecco i dati per poter accedere in futuro alla segnalazione appena effettuata, così da vederne lo stato di avanzamento. Ti consigliamo di salvare i seguenti dati in un posto sicuro, e di non condividerli.

Codice

M144-JEVY-AC96-KY7C



Password

G114X0VD



Sul sito internet aziendale è disponibile in apposita sezione il documento in cui vengono illustrate le modalità (suindicate) per effettuare una segnalazione.

6.3. GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DA PARTE DEL REFERENTE

L'elaborazione della segnalazione da parte del Referente è articolata nelle seguenti 4 (quattro) fasi:

1. Ricezione della segnalazione

La segnalazione si considera ricevuta quando il Referente conferma la ricezione della segnalazione al Segnalante. Il numero della segnalazione rilasciato in automatico dal sistema viene utilizzato in tutte le comunicazioni relative al trattamento della segnalazione. Tale avviso di ricevimento viene effettuato per iscritto entro 7 (sette) giorni dall'invio della segnalazione da parte del Segnalante.

2. Analisi di ammissibilità della segnalazione

Il Referente verifica se i fatti segnalati rientrano tra le violazioni per cui è prevista la presente procedura e verifica, inoltre, se l'autore della segnalazione corrisponde al profilo di segnalante ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023.

Il Referente può richiedere al Segnalante ulteriori chiarimenti, documenti, informazioni e dati a supporto dei fatti segnalati. Il Referente può avvalersi, a tale fine, della chat interna riservata anonima presente sulla piattaforma. Tale fase si conclude entro 8 (otto) giorni dal ricevimento della segnalazione.

3. Istruttoria dei fatti segnalati

Il Referente svolge le indagini necessarie a verificare i fatti segnalati. Tale fase si conclude entro 3 (tre) mesi dalla confermata ammissibilità della segnalazione.

4. Conclusioni e provvedimenti adottati

Ad esito dell'attività istruttoria, il Referente elaborerà le proprie conclusioni in un report finale con l'indicazione delle motivazioni. L'esito della segnalazione è inserito sulla piattaforma. Tale fase si conclude entro 2 (due) mesi dalla fine della fase istruttoria precedente.

Il report finale del Referente può concludersi con l'indicazione di una delle seguenti motivazioni:

- Inammissibilità: la segnalazione è archiviata se dall'analisi di ammissibilità della segnalazione emerge che i fatti segnalati non rispettano le finalità, i requisiti o le condizioni indicati nella presente procedura e previsti, più in generale, dal D.Lgs. n. 24/2023. In tal caso, è esclusa la malafede del Segnalante.
- Uso improprio del sistema: se dall'analisi di ammissibilità della segnalazione o dalla fase istruttoria sui fatti segnalati emerge la malafede del Segnalante, la segnalazione è conclusa con l'avvio di un procedimento disciplinare e/o di un procedimento

giudiziario. In tal caso, l'autore della segnalazione perde lo status di segnalante ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023 e le relative misure di protezione.

- Infondatezza o insufficienza: la segnalazione è archiviata se all'esito della fase istruttoria è accertata l'irrelevanza delle violazioni o nel caso in cui emerga che, per effetto della genericità della esposizione dei fatti e/o della incoerenza o inappropriatezza della documentazione allegata a corredo della segnalazione, non sia possibile individuare profili di responsabilità dei presunti autori dei fatti segnalati. In tal caso, è esclusa la malafede del Segnalante.
- Rilevanza dei fatti: se l'indagine svolta consente di accertare la rilevanza delle violazioni e la responsabilità dei loro presunti autori, la segnalazione si può concludere con la proposta di avviare un procedimento disciplinare, una segnalazione alle autorità competenti, un'azione legale stragiudiziale e/o un procedimento giudiziario nei confronti dei presunti autori delle violazioni.

Ove a seguito degli accertamenti effettuati dal Referente emergano situazioni di gravi violazioni del Modello e/o del Codice Etico, il Referente procederà senza indugio alla comunicazione dell'esito della segnalazione e delle proprie valutazioni al Consiglio di amministrazione e al Collegio Sindacale.

La procedura di segnalazione è conclusa, laddove possibile, entro un termine non superiore a 3 (tre) mesi dall'avviso di ricevimento della segnalazione.

La chiusura della procedura di segnalazione è notificata al Segnalante, con l'indicazione dell'esito della segnalazione.

6.4. CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Il Referente è tenuto a documentare, mediante la conservazione di documenti informatici e/o cartacei, le segnalazioni ricevute, al fine di garantire la completa tracciabilità degli interventi posti in atto nelle fasi di gestione della segnalazione.

Se all'esito della procedura attivata dalla segnalazione non segue un procedimento disciplinare, una segnalazione alle autorità competenti, un'azione legale stragiudiziale e/o un procedimento giudiziario nei confronti dei presunti autori delle violazioni, il fascicolo è distrutto entro 12 (dodici) mesi dalla conclusione della procedura di segnalazione.

Viceversa, nel caso in cui all'esito della procedura di segnalazione segua l'avvio di un procedimento disciplinare, una segnalazione alle autorità competenti, un'azione legale stragiudiziale e/o un procedimento giudiziario nei confronti dei presunti autori delle violazioni, il fascicolo è archiviato per un periodo non superiore ai termini di prescrizione legali o agli obblighi di archiviazione applicabili. In ogni caso, la conservazione della documentazione di segnalazione non può superare un periodo massimo di 5 anni dalla data in cui è stata comunicata la chiusura della segnalazione.

Al termine del periodo di archiviazione, il fascicolo telematico è soggetto a distruzione e cancellazione.

7. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti nell'ambito della procedura di segnalazione sono trattati dall'Ente, in qualità di titolare del trattamento, in conformità al Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") e al D.Lgs. n. 196/2003. I dati personali sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente. I dati sono raccolti al solo fine di dare seguito alle segnalazioni di violazioni da parte dei segnalanti.

I dati personali che sono chiaramente non necessari per l'elaborazione della segnalazione non saranno raccolti o, in caso di raccolta accidentale, saranno cancellati immediatamente.

I Referenti incaricati di gestire il canale di segnalazione sono persone autorizzate al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 29 del GDPR.

Data Service S.r.l., quale fornitore della piattaforma e dei servizi di supporto e manutenzione connessi e necessari per il suo corretto funzionamento, è designato quale responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

Durante la fase di segnalazione, il Segnalante è tenuto a prendere visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali raccolti mediante il canale di segnalazione. In caso di segnalazione mediante l'utilizzo della piattaforma, l'accettazione dell'informativa privacy ivi inserita è vincolante al perfezionamento dell'invio della segnalazione.

I dati personali raccolti durante la fase di segnalazione sono conservati fino alla conclusione della procedura di segnalazione e, se necessario, fino al compimento delle iniziative successivamente assunte a seguito dell'esito della segnalazione.

Il Segnalante ha diritto di esercitare i diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del GDPR relativi al trattamento dei propri dati personali (rettifica, aggiornamento, cancellazione, limitazione del trattamento, opposizione, etc.). I suddetti diritti potranno essere esercitati in qualsiasi momento, ricorrendone le condizioni, inviando una richiesta scritta all'indirizzo e-mail: maddalena.zucchi@ospedalegonzaga.it.

8. PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura è parte integrante del MOG ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 che, in quanto tale, deve essere approvata dal Consiglio di amministrazione il quale, su proposta dell'OdV, ha anche la responsabilità di aggiornarlo e integrarlo.

La presente procedura è stata adottata dopo aver informato i componenti della RSU e le associazioni sindacali firmatarie del CCNL applicato ai rapporti di lavoro in essere presso l'Ente.

La presente procedura è resa accessibile in formato elettronico in apposita sezione sul sito internet aziendale all'indirizzo www.ospedalegonzaga.it e in formato cartaceo in un apposito spazio all'interno delle sedi aziendali dell'Ente, accessibile non solo ai soggetti (lavoratori subordinati, collaboratori, etc.) che operano stabilmente e con continuità presso l'Ente, ma anche a tutti coloro che, seppur occasionalmente, si trovano ad operare nel contesto lavorativo dell'Ente.

Le stesse modalità di pubblicazione e diffusione sopra indicate saranno adottate per le revisioni e le integrazioni successive della presente procedura.

Per ogni dubbio e chiarimento sul funzionamento del canale di segnalazione, sulle misure di tutela e, più in generale, sulla disciplina della presente procedura è possibile contattare il Referente al seguente indirizzo:

alecalanca@virgilio.it