

Network Ospedale Israelitico



***Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo
dell'Ospedale Israelitico***

ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 "Disciplina della
responsabilità amministrativa delle persone giuridiche "

PARTE GENERALE

<u>Revisione</u>	<u>Data</u>	<u>Motivazione</u>
<u>Emissione</u>	<u>16 marzo 2010</u>	
<u>Prima revisione</u>	<u>7 giugno 2011</u>	<u>Aggiornamento in relazione ai delitti informatici e di trattamento illecito di dati</u>
<u>Seconda revisione</u>	<u>27.06.2017</u>	<u>Aggiornamento rispetto alle novità legislative intervenute dall'ultima revisione del modello a marzo 2017</u> <u>Adeguamento del sistema di controllo interno</u>
<u>Terza revisione</u>	<u>11.11.2019</u>	<u>Aggiornamento della Parte Generale, Integrazione del Risk Assessment e del Sistema di Controllo Interno</u>



INDICE

1. IL REGIME DELLA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DEGLI ENTI.....	4
1.1. Aspetti fondamentali del D.Lgs. n. 231/2001	4
1.2. I Reati rilevanti ai fini del D.Lgs. n. 231/2001	4
1.3. Le sanzioni	6
1.4. L'esimente della responsabilità: l'adozione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo	7
2. LE LINEE GUIDA EMANATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	8
3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'OSPEDALE ISRAELITICO	9
3.1. L'Ospedale Israelitico	9
3.2. Le ragioni dell'adozione del Modello di Organizzazione Gestione e Controllo.....	11
3.3. L'attività preparatoria all'adozione ed all'aggiornamento del Modello	11
3.3.1 I livelli di controllo.....	16
3.4. Gli aggiornamenti del Modello da parte dell'Ospedale Israelitico.....	16
3.4.1 La prima emissione del Modello.....	16
3.4.2 La prima revisione del Modello	16
3.4.3 La seconda revisione del Modello.....	17
3.4.4 La terza revisione del Modello.....	23
3.5. Le componenti del Modello dell'Ospedale Israelitico	24
3.6. I Destinatari del Modello.....	25
3.7. I "Process Owners"	25
4. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'OSPEDALE ISRAELITICO	26
4.1. Il modello di governance e la struttura organizzativa dell'Ospedale	27
4.2. Il Consiglio di Amministrazione	27
4.3. Il Presidente ed il Vice Presidente del Consiglio di Amministrazione	28
4.4. Il Collegio dei Revisori dei Conti	29
4.5. I Direttori	29
4.6. La funzione di Internal Audit	32
4.7. La gestione commissariale dell'Ente.	32
5. IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE IN SENO ALL'OSPEDALE ISRAELITICO	34
5.1. Principi generali	34
5.2. Le deleghe e le procure rilasciate in seno all'Ospedale.....	34
6. PROCEDURE MANUALI ED INFORMATICHE	35
7. IL CONTROLLO DI GESTIONE	36
7.1. Il ruolo della Giunta della Comunità Ebraica di Roma.....	37
7.2. Il bilancio, preventivo e consuntivo. Il bilancio infrannuale	37
7.3. Il sistema di registrazione dei costi	38
7.4. Il sistema di rilevazione dei ricavi	38
8. IL CODICE ETICO	39
8.1. Finalità del Codice Etico	39
8.2. Struttura e destinatari del Codice Etico	40
8.3. I principi etici fondamentali e le norme di comportamento	40
8.4. L'attuazione ed il controllo sul rispetto del Codice Etico	41



9. IL SISTEMA DISCIPLINARE	41
9.1. Finalità del Sistema Disciplinare	41
9.2. La struttura del Sistema Disciplinare	42
10. LA COMUNICAZIONE SUL MODELLO	43
11. LA FORMAZIONE SUL MODELLO	43
12. L'ORGANISMO DI VIGILANZA DELL'OSPEDALE ISRAELITICO	44
12.1. La composizione ed i requisiti dell'OdV	45
12.2. I compiti ed i poteri dell'OdV	45
12.3. I flussi informativi che coinvolgono l'OdV	46
12.4. Il Regolamento dell'OdV	50

ALLEGATI

Allegato 1: Catalogo dei reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001

Allegato 2: Codice Etico

Allegato 3: Sistema Disciplinare

Allegato 4: Statuto dell'Organismo di Vigilanza

Allegato 5: Scheda di Evidenza

Allegato 6: Mappatura dei rischi reato

Allegato 7: Tabella Indicatori di criticità

Allegato 8: Matrici di identificazione delle Aree a rischio e delle attività sensibili



1. IL REGIME DELLA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DEGLI ENTI

1.1. Aspetti fondamentali del D.Lgs. n. 231/2001

Con il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 recante "*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300*" (di seguito, anche solo "**Decreto**"), entrato in vigore il 4 luglio 2001, si è inteso **adeguare la normativa interna** in materia di responsabilità delle persone giuridiche **alle convenzioni internazionali** cui l'Italia ha già da tempo aderito, quali:

- la *Convenzione di Bruxelles della Comunità Europea del 26 luglio 1995*, sulla tutela degli interessi finanziari;
- la *Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997*, sulla lotta alla corruzione;
- la *Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997*, sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche e internazionali.

Il Decreto ha introdotto nell'ordinamento italiano il principio della **responsabilità amministrativa, ma sostanzialmente penale**, degli enti (da intendersi come enti forniti di personalità giuridica, società, associazioni anche prive di personalità giuridica, consorzi; di seguito complessivamente denominati anche solo come "**Enti**"; sono esclusi dall'ambito di operatività del Decreto gli enti pubblici non economici e gli enti pubblici territoriali) per alcune fattispecie di reato commesse, **nell'interesse oppure a vantaggio degli stessi Enti**, da:

- a) soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, amministrazione o di direzione degli Enti o di una loro unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo degli stessi (i c.d. soggetti "in posizione apicale");
- b) soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui al punto a) (i c.d. soggetti "in posizione subordinata").

La condizione essenziale dell'**interesse o vantaggio** degli Enti, quale elemento caratterizzante il reato, si realizza non solo nell'ipotesi in cui il comportamento illecito abbia determinato un profitto per l'Ente stesso ma anche nell'ipotesi in cui, in assenza di tale risultato, la condotta sia stata posta in essere nell'interesse degli Enti.

1.2. I Reati rilevanti ai fini del D.Lgs. n. 231/2001

Gli Enti sono responsabili ai sensi del Decreto qualora uno dei soggetti indicati nel precedente paragrafo (ovvero soggetti in posizione apicale e soggetti in posizione subordinata) commetta, nell'interesse e/o a vantaggio degli Enti stessi, uno dei reati espressamente richiamati nel Decreto.

Dalla prima revisione del modello datata 7 giugno 2011 il Decreto ha subito numerose integrazioni relativamente alle fattispecie di reato rilevanti.

Il presente aggiornamento ha recepito e verificato la necessità di riesaminare il sistema di controllo interno per adeguarlo, ove ritenuto necessario, alle novità legislative.



Al momento dell'aggiornamento (terza revisione) del presente Modello, i reati richiamati dal Decreto (cd. "reati-presupposto") e, come tali, rilevanti ai fini dell'eventuale responsabilità dell'Ente, possono essere suddivisi nelle categorie di seguito indicate:

- Delitti in tema di indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico;
- Delitti informatici e trattamento illecito di dati;
- Delitti di criminalità organizzata;
- Reati di concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione;
- Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento;
- Delitti contro l'industria e il commercio;
- Reati societari;
- Reati di corruzione tra privati e istigazione alla corruzione tra privati;
- Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico;
- Delitti inerenti le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili;
- Delitti contro la personalità individuale;
- Reati e illeciti in tema di abusi di mercato;
- Delitti di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro;
- Reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio;
- Delitti in materia di violazione del diritto d'autore;
- Reato di induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria;
- Reati ambientali;
- Reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare;
- Reati di razzismo e xenofobia;
- Delitti contro la fede pubblica;
- Reati transnazionali.

La trattazione completa delle fattispecie di reato comprese nelle categorie sopra indicate è riportata nell'**Allegato 1**.

L'art. 23 del Decreto prevede una ulteriore ipotesi di "reato presupposto", quando chiunque, nello svolgimento dell'attività dell'ente a cui è stata applicata una sanzione o una misura cautelare interdittiva, trasgredisce agli obblighi o ai divieti inerenti a tali sanzioni.

Ai sensi dell'art. 26 del Decreto, inoltre, l'ente non risponde quando volontariamente impedisce il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento.

Per conoscere le categorie di reato più a rischio nell'Ospedale Israelitico e le relative aree maggiormente esposte a tali rischi si può consultare l'**Allegato 6**, l'**Allegato 7** e l'**Allegato 8**.



1.3. Le sanzioni

Riscontrata la commissione di un reato rilevante ai fini del Decreto, l'accertamento della responsabilità dell'ente è attribuito al Giudice penale competente a decidere della responsabilità della persona fisica che si assume aver commesso il reato.

Qualora ritenuto responsabile, un ente è soggetto all'applicazione delle sanzioni di seguito indicate, qualificate come aventi natura "amministrativa" (cfr., art. 9 del Decreto):

I. Sanzioni pecuniarie

Le sanzioni pecuniarie sono disciplinate dagli artt. 10, 11 e 12 del Decreto e si applicano in tutti i casi in cui sia riconosciuta la responsabilità dell'ente. Rispetto ad esse, il Legislatore ha introdotto un meccanismo di applicazione delle sanzioni "per quote". In forza di tale meccanismo, in sede di commisurazione della sanzione il Giudice penale determina:

- il numero delle quote, in numero non inferiore a 100 e non superiore a 1.000, tenuto conto della gravità del fatto, del grado della responsabilità dell'ente e dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del reato e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti;
- l'importo di ciascuna quota, da un minimo di € 258,23 ad un massimo di € 1.549,37, fissato sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente coinvolto.

II. Sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive, individuate dall'art. 9, comma 2, del Decreto e artt. 13 e 14 del Decreto ed irrogabili nelle sole ipotesi tassativamente previste e solo per alcuni reati, sono:

- a) l'interdizione dall'esercizio dell'attività;
- b) la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- c) il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
- d) l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
- e) il divieto di pubblicizzare beni e servizi.

Le sanzioni interdittive sono applicate nelle ipotesi tassativamente indicate dal Decreto, qualora ricorra almeno una delle seguenti condizioni:

- l'ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed il reato è stato commesso da soggetti in posizione apicale, ovvero da soggetti sottoposti all'altrui direzione e vigilanza quando la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- in caso di reiterazione degli illeciti.

Ai sensi dell'art. 45 del Decreto, le sanzioni interdittive possono trovare applicazione anche in via cautelare, qualora ricorrano i seguenti presupposti:

- sussistano gravi indizi per ritenere la sussistenza della responsabilità dell'ente per un illecito amministrativo dipendente da reato;



- vi siano fondati e specifici elementi che facciano ritenere concreto il pericolo che vengano commessi illeciti della stessa indole di quello per cui si procede.

Il tipo e la durata delle sanzioni interdittive sono stabiliti dal giudice tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'ente e dell'attività svolta dall'ente per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti. Il giudice può disporre, in luogo dell'applicazione della sanzione, la prosecuzione dell'attività dell'ente da parte di un commissario giudiziale.

III. Confisca

La confisca del prezzo o del profitto del reato è, ai sensi dell'art. 19 del Decreto, una sanzione obbligatoria che consegue alla eventuale sentenza di condanna.

IV. Pubblicazione della sentenza

La pubblicazione della sentenza è, ai sensi dell'art. 18 del Decreto, una sanzione eventuale e può essere disposta nel caso in cui all'ente sia comminata una sanzione interdittiva.

La pubblicazione della sentenza avviene su uno o più giornali, nonché mediante affissione nel Comune ove l'ente ha la propria sede principale.

Delineati, in estrema sintesi, gli elementi caratterizzanti le sanzioni previste dal Decreto, va rilevato che, nell'ambito del procedimento in cui si discute della responsabilità dell'ente, possono, inoltre, essere disposti sia il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca (art. 53 del Decreto), sia il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'ente, qualora sia riscontrata la fondata ragione di ritenere che manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento o di altre somme dovute allo Stato (art. 54 del Decreto).

1.4. L'esimente della responsabilità: l'adozione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo

Il Decreto prevede una particolare forma di esonero dalla responsabilità.

L'ente, qualora il reato sia commesso da soggetti "in posizione apicale", può evitare l'applicazione delle sanzioni previste dal Decreto qualora dimostri:

- a) di aver adottato ed efficacemente attuato, **prima** della commissione del fatto, un **modello** di organizzazione e di gestione **idoneo** a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) che le persone che hanno commesso il reato hanno agito eludendo fraudolentemente il modello di organizzazione e di gestione;
- c) di aver affidato a un **Organismo**, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello, nonché di curarne l'aggiornamento;
- d) che non vi sia omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di cui alla precedente lett. c.



Nel caso in cui, invece, il reato sia commesso da soggetti "in posizione subordinata", l'Ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza. Tuttavia è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Il Decreto si sofferma, poi, anche sul contenuto del Modello, ovvero sulle caratteristiche che quest'ultimo deve possedere ai fini di un positivo giudizio di idoneità.

A tale proposito, all'art. 6, comma 2, del Decreto si dispone che il Modello debba:

- i. individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- ii. prevedere specifici protocolli volti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- iii. individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire i reati;
- iv. prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza;
- v. introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal Modello.

Ulteriori ed utili indicazioni in merito al contenuto ed alla attuazione del Modello si rinvencono nell'art. 7, commi 3 e 4, del Decreto, le quali, pur essendo formalmente riferite ai reati commessi dai soggetti in posizione subordinata, possono ritenersi validi anche rispetto agli illeciti perpetrati dai soggetti in posizione apicale.

Le suddette norme, difatti, prevedono, da un lato, che il Modello deve prevedere misure idonee sia a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge, sia a scoprire tempestivamente situazioni di rischio, tenendo in considerazione il tipo di attività svolta, nonché la natura e la dimensione dell'organizzazione; dall'altro, che l'efficace attuazione del Modello richiede sia una verifica periodica che la modifica dello stesso qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni di legge o qualora intervengano significativi mutamenti nell'organizzazione o normativi, sia l'adozione di un idoneo sistema disciplinare.

In linea generale, occorre tener conto del fatto che il Decreto, lungi dal prescrivere un vero e proprio obbligo nei confronti degli enti, pone a carico degli stessi un mero onere, nel senso che, ferma restando la facoltà di non adottare un proprio Modello, l'esimente prevista dagli artt. 6 e 7 del Decreto potrà essere utilmente invocata unicamente nell'ipotesi in cui gli enti riescano a dimostrare l'effettiva ricorrenza delle condizioni di esonero della responsabilità ivi prevista.

2. LE LINEE GUIDA EMANATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

L'art. 6, comma 3, del Decreto, prevede che i Modelli possono essere adottati sulla base dei codici di comportamento redatti dalle Associazioni di categoria rappresentative degli enti, comunicati al Ministero di Giustizia, il quale ultimo, se del caso, può formulare osservazioni.

Nell'ambito delle associazioni di categoria, un significativo contributo è stato a tal fine offerto da Confindustria, la quale nel marzo del 2002 ha emanato le proprie "Linee Guida per la Costruzione del



Modelli di organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001", successivamente aggiornate anche in considerazione dell'ampliamento del novero dei reati-presupposto (di seguito, anche 'Linee Guida Confindustria')¹.

A mente delle Linee Guida Confindustria, ai fini della predisposizione di un Modello adeguato è necessario svolgere una preliminare attività di cd. "*risk assessment*", nel corso della quale addivenire:

- alla inventariazione degli ambiti di attività esposti al rischio di commissione dei reati richiamati dal Decreto;
- alla analisi dei rischi potenziali;
- alla costruzione/valutazione/adeguamento di un efficace ed efficiente sistema di controllo preventivo interno (di seguito, anche solo 'SCI').

In seguito all'emanazione, da parte di Confindustria, delle suddette Linee Guida, anche numerose altre associazioni di categoria hanno provveduto alla predisposizione di proprie linee guida. Tra esse, l'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (di seguito, anche solo 'ARIS'), la cui ultima versione delle linee guida è stata ritenuta idonea dal Ministero della Giustizia (di seguito, anche solo 'Linee Guida ARIS').

Le linee guida ARIS, considerate in sede di prima stesura del Modello, non sono state richiamate nelle successive revisioni non essendo state più aggiornate dalla loro prima emissione risalente all'anno 2005².

Le Linee Guida emanate dalle associazioni di categoria costituiscono un utile punto di riferimento per gli enti che intendono dotarsi di un proprio Modello, ferma restando la necessità di tenere conto, in sede di costruzione e/o adeguamento del SCI, della realtà concreta di ciascun ente.

3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'OSPEDALE ISRAELITICO

3.1. L'Ospedale Israelitico

L'Ospedale Israelitico (in linguaggio ebraico "Beht Aholim" e, di seguito, anche solo 'Ospedale' o 'Ente') trae origine dall'Associazione di Via Fiumara ("Zedaka Vaheseth") creata per il ricovero di ammalati poveri israeliti, nonché dalla riunione delle compagnie dei "Sacconi" e "Lev Almanoth Arnin". Privati, soci ed Enti presero a cuore l'istituzione che, nel decorso del tempo, ebbe ad accentrare tutta l'attività benefica già esercitata tra gli israeliti di Roma in campo sanitario ed assistenziale, essendo pure intervenuto il concorso delle Confraternite, come la "Menuhat Emeth Veemunà, la "Menachem Avelim", la "Mekhassèh Jeladim", la "Rehizzà", la "Malbish Arumim", le quali sostennero l'Ospedale con contributi straordinari e, sciogliendosi, legarono al medesimo parte del loro patrimonio.

¹ Tutte le versioni delle Linee Guida di Confindustria sono state poi giudicate adeguate dal Ministero di Giustizia (con riferimento alle Linee Guida del 2014, cfr. la "Nota del Ministero della Giustizia" del 21 luglio 2014).

² Le Linee Guida di ARIS sono state giudicate adeguate dal Ministero di Giustizia (cf "Nota del Ministero della Giustizia" del 13 aprile 2005 Prot. N. 114-1-738(59)821/05).



L'Ospedale è stato costituito ufficialmente con la qualifica di Ente Morale mediante il R.D. del 21 maggio 1911 e, con successivo R.D. 1739 del 5 settembre 1935, fu raggruppato all'"Opera Pia Ricoveri Israeliti Poveri e Invalidi" sotto la denominazione di "Opere Pie Ospedale Israelitico e Ricoveri Israeliti Poveri Invalidi di Roma".

A seguito della successiva regolamentazione dei rapporti tra lo Stato Italiano e l'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane, cui si è provveduto mediante la legge 8 marzo 1989 n. 101, l'Ospedale Israelitico ha mantenuto la propria personalità giuridica, assumendo la qualifica di "Ente Ebraico civilmente riconosciuto", avente finalità di culto e senza scopo di lucro.

Il fine istituzionale dell'Ente è quello di assicurare e promuovere il bene dell'umanità, sia spirituale che materiale, indipendentemente dalla fede religiosa o laica, in conformità ai precetti ed alle tradizioni ebraiche. A tale fine, l'Ospedale è attivo, tra gli altri:

- nell'erogazione di una qualificata assistenza sanitaria e socio-sanitaria altamente specializzata, sia facilitando l'accesso dei cittadini alle prestazioni, sia ampliando queste ultime e cercando di venire incontro alle esigenze dell'utenza, nel rispetto dei principi di eguaglianza, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia;
- nella gestione, nell'organizzazione e nell'amministrazione di presidi medici per attività clinica e diagnostica;
- nella formazione e nella preparazione professionale del personale sanitario, tecnico ed infermieristico;
- nella promozione dell'educazione igienico sanitaria del paziente e del suo nucleo familiare;
- nella promozione, nell'organizzazione e nella partecipazione ad attività di sviluppo e ricerca scientifica in campo sanitario, nonché a convegni.

In quest'ottica, come Ospedale Ecclesiastico e poi Classificato, ma pur sempre operante nell'ambito del sistema pubblico, l'Ospedale, avvalendosi di personale medico ed infermieristico competente ed efficiente, svolge la sua assistenza alla popolazione senza distinzione di credo religioso o appartenenze etniche.

Attualmente, l'attività dell'Ente si svolge in quattro sedi: il Poliambulatorio nello storico edificio dell'Isola Tiberina in Piazza San Bartolomeo all'Isola, che è anche la sede legale ed amministrativa dell'Ente, ed altri tre siti: Via Giuseppe Veronese 53 e Via Giuseppe Veronese 59 presso cui è realizzata attività di erogazione visite specialistiche e diagnostica e Via Fulda dove viene realizzata l'attività ambulatoriale e di degenza ordinaria, day hospital e day surgery.



3.2. Le ragioni dell'adozione del Modello di Organizzazione Gestione e Controllo

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ente, sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle proprie attività, a tutela della posizione, dell'immagine e della correttezza dell'operato dell'Ente nei rapporti con i pazienti, con il personale ed in genere con tutti i propri interlocutori, ha provveduto all'adozione ed all'implementazione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo conforme ai requisiti previsti dal Decreto ed alle indicazioni di cui alle Linee Guida emanate da Confindustria.

Tale iniziativa è stata assunta nella convinzione che l'adozione e l'efficace implementazione di un Modello coerente con le prescrizioni del Decreto possa costituire, oltre che un valido strumento di sensibilizzazione di tutti coloro che operano per conto dell'Ente, affinché tengano, nell'ambito delle attività svolte per conto di quest'ultimo, comportamenti conformi alla normativa ed alle policy interne vigenti, anche un imprescindibile presupposto per prevenire il rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto.

In questo contesto, dall'anno 2009 e negli anni a seguire, l'Ente ha pianificato ed attuato una revisione complessiva del proprio sistema di controllo interno, con le modalità di seguito indicate, al fine di garantire la presenza e l'effettiva operatività dei protocolli di controllo considerati necessari per le finalità sopra indicate.

Nello specifico, per ciò che attiene all'attività di manutenzione del presente Modello, sono state compiute 3 revisioni successive al 2009, nel 2011, nel 2017 e nel 2019.

3.3. L'attività preparatoria all'adozione ed all'aggiornamento del Modello

L'adozione del Modello è stata preceduta, come sopra indicato e conformemente alle previsioni delle Linee Guida emanate dalle associazioni di categoria, da una preliminare attività di *risk assessment* volta ad assicurare l'adeguatezza del sistema di controllo preventivo interno dell'Ente.

A tale fine, l'Ospedale ha costituito un gruppo di lavoro costituito da risorse interne affiancate da professionisti esterni (di seguito, anche solo 'Gruppo di Lavoro'), il quale ha curato l'implementazione delle attività prodromiche alla costruzione di un Modello efficace ed efficiente.

In particolare, è stata realizzata, in primo luogo, la inventariazione degli ambiti di attività esposti al rischio di commissione dei reati considerati ai fini del Modello (c.d. "*risk mapping*"). Nell'ambito di tale fase, si è provveduto, oltre che alla raccolta ed all'esame della documentazione rilevante (ad es., Statuto dell'Ente, organigramma e mansionario, procedure vigenti, procure, ecc.), alla successiva pianificazione e realizzazione di apposite interviste con i soggetti operanti nei ruoli-chiave dell'Ospedale, nel corso delle quali sono stati analizzati i processi e le aree di attività dell'Ente unitamente ai relativi controlli esistenti.

All'esito della fase di *risk mapping* sono state identificate le c.d. "aree a rischio reato", ovvero i processi e le aree dell'Ente in cui è stato ritenuto astrattamente sussistente il pericolo di commissione dei reati, tra quelli richiamati dal Decreto, considerati ai fini del Modello.



Nell'ambito delle aree a rischio reato, sono state individuate le funzioni coinvolte e le cd. "attività sensibili", ovvero quelle nel cui ambito è effettivamente sussistente il rischio di commissione delle fattispecie delittuose.

Sono state, inoltre, identificate le cd. "attività strumentali", *id est* quelle che, pur non presentando un fattore di pericolo diretto, potrebbero supportare la commissione dei reati nell'ambito delle aree a rischio.

La fase di *risk mapping* è stata seguita dalla analisi dei rischi potenziali, cd. "*risk analysis*", volta alla identificazione delle possibili modalità di commissione dei reati nelle aree a rischio.

In ultimo, si è provveduto, sulla base della documentazione esaminata, nonché dei dati e delle informazioni acquisiti in occasione delle interviste, alla rilevazione ed alla valutazione del sistema di controllo interno adottato dall'Ente, rispetto al quale sono stati identificati i possibili punti di miglioramento e le relative azioni correttive da implementare.

Le medesime attività di *risk assessment* sono state implementate in occasione degli aggiornamenti successivi del Modello.

Si veda in particolare l'**Allegato 8**, elaborato nel corso della terza revisione del presente Modello, che indica le categorie di rischio per le quali è stata valutata l'effettiva applicabilità all'Ente, ovverosia è stato rilevato il rischio potenziale di commissione dei relativi reati.

La seconda revisione del Modello ha introdotto nell'ambito delle attività di *risk assessment* il concetto di "**soglia di accettabilità**".

Le Linee Guida Confindustria definiscono come "soglia di accettabilità" l'implementazione di un "*sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente*"³.

Modalità di determinazione del rischio "lordo" e del rischio "residuo".

Le Linee Guida Confindustria intendono, per inventariazione degli ambiti di attività, l'analisi del contesto aziendale al fine di evidenziare dove (in quale area / settore di attività / funzione) e secondo quali modalità (processi), si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D. Lgs. 231/01.

Le valutazioni dei livelli di rischio reato 231 dell'Ospedale, sono state condotte sulla base delle analisi effettuate tramite interviste al personale e della documentazione inerente l'analisi storica degli eventi occorsi – come descritto nei precedenti paragrafi - e facendo riferimento ad una metodologia di valutazione dei rischi in linea con i requisiti richiesti dalle Linee Guida Confindustria.

Nei paragrafi a seguire sono indicate le modalità operative seguite nella valutazione del rischio lordo (inerente) e del rischio residuo dei processi dell'Ospedale.

Valutazione preliminare delle funzioni e processi a rischio

In via preliminare, le valutazioni dei "rischi reato 231" sono state condotte nell'ottica di individuare quali, tra i diversi reati presupposto, presentino, per loro natura, un rischio significativo di commissione nelle

³ Cfr. Linea Guida Confindustria agg. 2014



funzioni aziendali e nei processi operativi dell'Ospedale e che, pertanto, siano da sottoporre successivamente a ulteriore e specifico approfondimento di analisi.

Il rischio così evidenziato è considerato come “rischio lordo”. Pertanto il rischio lordo riguarda il rischio prima dell'applicazione delle misure di mitigazione o protocolli.

La tabella che segue riporta i criteri di valutazione di rischio preliminari eseguite per ciascuno dei reati 231 e per le relative funzioni e processi presenti nell'ospedale.

VALUTAZIONE PRELIMINARE RISCHI REATO 231					
Rischio lordo	A	MA	M	M/B	B
Probabilità di accadimento	alta	alta	media	media	bassa
Impatto sanzionatorio	alto	alto	medio/alto	medio	basso
Manifestato in passato	si	no	no	no	no

Legenda

Rischio alto (A): alta possibilità di accadimento della commissione del reato (frequenti e ripetitive attività o operazioni che sono di presupposto al reato), alto impatto sanzionatorio derivante dalla commissione del reato per la società e per i destinatari ed eventi a rischio che si sono manifestati in passato. Ruolo rilevante della funzione indicata nella conduzione dell'attività a rischio.

Rischio medio – alto (M/A): alta possibilità di accadimento della commissione del reato (frequenti e ripetitive attività o operazioni che sono di presupposto al reato), alto impatto sanzionatorio derivante dalla commissione del reato per la società e per i destinatari e nessun evento a rischio che si è manifestato in passato. Ruolo rilevante della funzione indicata nella conduzione dell'attività a rischio.

Rischio medio (M): media possibilità di accadimento della commissione del reato (non frequenti e mediamente ripetitive attività o operazioni che sono di presupposto al reato) e medio/alto impatto sanzionatorio derivante dalla commissione del reato per la società e per i destinatari e nessun evento a rischio in passato. Ruolo di rilievo, ma non esclusivo, della funzione indicata nella conduzione dell'attività a rischio.

Rischio medio - basso (M/B): media possibilità di accadimento della commissione del reato (non frequenti e mediamente ripetitive attività o operazioni che sono di presupposto al reato) e medio impatto sanzionatorio derivante dalla commissione del reato per la società e per i destinatari e nessun evento a rischio che si è manifestato in passato. Ruolo di rilievo, ma non esclusivo, o ruolo non significativo della funzione indicata nella conduzione dell'attività a rischio.

Rischio basso (B): bassa possibilità di accadimento della commissione del reato (poche o scarse attività o operazioni che sono di presupposto al reato) basso impatto sanzionatorio derivante dalla commissione del reato per la società e per i destinatari e nessun evento a rischio in passato. Ruolo non significativo della funzione indicata nella conduzione dell'attività a rischio e nessun precedente giudiziario nella storia della società.

In merito alla valutazione dell'impatto sanzionatorio, si è tenuto conto delle sanzioni pecuniarie e di quelle interdittive, relative alle fattispecie di reati presupposto. Il driver principale è la sanzione interdittiva, valutata secondo il seguente criterio: alto ≥ 24 mesi; medio/alto > 12 e < 24 mesi; medio: ≤ 12 mesi; basso: solo sanzioni pecuniarie.

I reati valutati non realizzabili sono stati comunque tenuti in considerazione all'interno del Modello.

Valutazione del rischio residuo dei processi sensibili

Partendo dal rischio lordo, a seguito dell'applicazione dei protocolli si perviene alla determinazione di un rischio residuo come risultante della messa in opera delle raccomandazioni per il trattamento o delle attività di mitigazione.

Il livello del rischio residuo è connesso alla presenza di misure di mitigazione dei rischi o “protocolli” adeguate ed efficacemente attuate.

La valutazione del livello di rischio di reato è stata basata su due fattori fondamentali:

- la probabilità di accadimento



- la vulnerabilità.

La probabilità di accadimento fa riferimento alla frequenza (o numerosità) delle attività del processo in valutazione. Pertanto si considera, per esempio, una limitata probabilità di accadimento quando le attività sul processo a rischio non siano frequenti.

La probabilità di accadimento consiste nella frequenza effettiva o possibilità di svolgimento nell'Ospedale di un processo a rischio reato. In particolare i fattori considerati sono:

- volume delle operazioni e delle transazioni a rischio;
- ristrettezza del tempo di conduzione delle operazioni e delle transazioni a rischio;
- numero delle persone implicate nelle operazioni e nelle transazioni a rischio (segregation of duties);
- complessità delle operazioni e delle transazioni a rischio.

La probabilità di accadimento si valuta secondo una scala a tre valori: alto, medio e basso.

La vulnerabilità dipende da effettiva presenza e corretta adozione di misure preventive in termini di procedure, livelli di controllo e organizzazione interna.

Il livello della vulnerabilità è connesso alla presenza di adeguate misure di mitigazione dei rischi o "protocolli" che sono rappresentate da presidi, sistemi procedurali, meccanismi di governance e gestione di ruoli / responsabilità / poteri, sistemi di deleghe, flussi informativi, ecc.

Il livello di vulnerabilità è stato correlato anche alla gravità delle sanzioni in relazione alla commissione di ogni tipologia di reato presupposto.

Nella tabella che segue sono riportati i livelli di rischio di reati tenendo conto dei due fattori.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO RESIDUO			
Vulnerabilità alta (assenza di misure preventive)	Rischio medio	Rischio medio/alto	Rischio alto
Vulnerabilità media (parziale presenza di misure preventive o inefficace adozione delle stesse)	Rischio medio/basso	Rischio medio	Rischio medio/alto
Vulnerabilità bassa (idonea presenza e adozione di misure preventive)	Rischio basso	Rischio medio/basso	Rischio medio
	Probabilità di accadimento bassa (processi occasionali)	Probabilità di accadimento media (processi ricorrenti/ bassa periodicità)	Probabilità di accadimento alta (processi ricorrenti)

Il rischio è valutato basso quando il livello di mitigazione del rischio di commissione del reato è tale (presenza di adeguate ed efficacemente attuate misure) che solo fraudolentemente possa essere commesso il reato in oggetto, in violazione dei protocolli in essere.



Rispetto all'accettabilità del rischio, è stato considerato accettabile il rischio basso.

Mentre sono stati considerati inaccettabili:

- il rischio alto, valutato insostenibile
- il rischio medio-alto, valutato rilevante
- il rischio medio, valutato significativo
- il rischio medio-basso, valutato da intervenire

Nel caso in cui la valutazione di accettabilità del livello di rischio residuo non sia ancora basso (e quindi accettabile), per taluni dei processi sensibili, sono proposte delle ipotesi di miglioramento su cui l'Ospedale si impegna ad intervenire per potenziare il sistema di protocolli già in atto e, quindi, per ridurre il livello di rischio ad un livello ritenuto accettabile o basso.

La MAPPATURA DEI RISCHI REATI PRESUPPOSTO EX D.LGS. 231/01 (allegata al MOG 231) rappresenta la situazione di dettaglio per singola fattispecie di reato e rischio "difformità".

La matrice è strutturata in modo da dare evidenza delle valutazioni effettuate e delle ulteriori raccomandazioni di miglioramento onde pervenire ad una soglia di rischio accettabile per i processi a rischio dell'Ospedale.

DESCRIZIONE REATO	RIF. ART. D. Lgs. 231/01	Articolo	Rischio difformità	Aree coinvolte	Rischio lordo	Protocolli in essere/misure di mitigazione	Rif. Procedura	Rischio residuo	Raccomandazioni di ulteriori misure	Riferimento parte speciale MOG per i presidi di controllo
-------------------	--------------------------	----------	--------------------	----------------	---------------	--	----------------	-----------------	-------------------------------------	---

Per ogni fattispecie di reato presupposto ritenuta rilevante sono state indicate:

- il riferimento al reato;
- il rischio difformità;
- le aree/funzioni coinvolte;
- il rischio lordo tenendo anche conto dello stato dei protocolli definiti nell'ambito del sistema documentale dell'Ospedale;
- Protocolli di controllo in essere – dopo il riesame del sistema documentale - con i riferimenti alle procedure ove sono rinvenibili le modalità operative attuate per la mitigazione dei rischi;
- il rischio residuo – dopo l'attuazione delle misure di mitigazione;
- eventuali ulteriori raccomandazioni di ulteriori misure dove la soglia di rischio non ha ancora raggiunto l'accettabilità;
- riferimenti alle sezioni della Parte Speciale del MOG 231 ove sono rinvenibili i rischi difformità.



3.3.1 I livelli di controllo

Da un punto di vista operativo, l'effettiva implementazione nonché l'efficacia dei protocolli preventivi di controllo, è di responsabilità dei "process owners" (o responsabili di processo) ossia i referenti principali dei processi, che garantiscono un primo livello di controllo sull'efficacia delle procedure adottate ed operano nel ruolo di facilitatori nel *Risk Management*.

L'Ente ha altresì adottato una funzione deputata ad un controllo di 2° livello, la funzione di Internal Audit, come ulteriore elemento di garanzia rispetto all'efficace attuazione del Sistema di Controllo Interno. Tali figure devono possedere le competenze in accordo con gli standard A.I.I.A. (Associazione Italiana Internal Auditors).

Entrambi i livelli – responsabili di processo e Internal Audit – sono i soggetti incaricati di fornire evidenze rispetto alle eventuali anomalie intercettate sui processi a rischio reato e consentiranno quindi di riesaminare la soglia di accettabilità e i conseguenti presidi di controllo dipendentemente dagli esiti delle verifiche effettuate.

3.4. Gli aggiornamenti del Modello da parte dell'Ospedale Israelitico

3.4.1 La prima emissione del Modello

Completata la fase di *risk assessment*, condotta secondo le modalità indicate nel paragrafo 3.3. e volta alla costruzione di un adeguato ed efficiente sistema di controllo preventivo interno, previa l'identificazione delle attività esposte al rischio di commissione dei reati considerati, in data 16 marzo 2010 l'Ospedale ha provveduto, mediante delibera del Consiglio di Amministrazione, all'approvazione del proprio Modello.

3.4.2 La prima revisione del Modello

Il Modello è stato in seguito aggiornato, con delibera consiliare del 7 giugno 2011, rispetto ai delitti informatici e di trattamento illecito di dati.

Anche in tale circostanza, si è provveduto, previa costituzione di un Gruppo di Lavoro affiancato da un consulente informatico e da uno Studio Legale, con provata esperienza nel settore:

- alla inventariazione degli ambiti di attività esposti al rischio di commissione dei delitti informatici e di trattamento illecito di dati;
- all'analisi dei rischi potenziali, mediante l'identificazione di alcune tra le possibili modalità di commissione dei reati considerati nell'ambito delle aree a rischio;
- alla valutazione del sistema di controllo interno, con conseguente individuazione delle possibili azioni correttive volte a ridurre il tasso di rischio ad un livello considerato "accettabile".



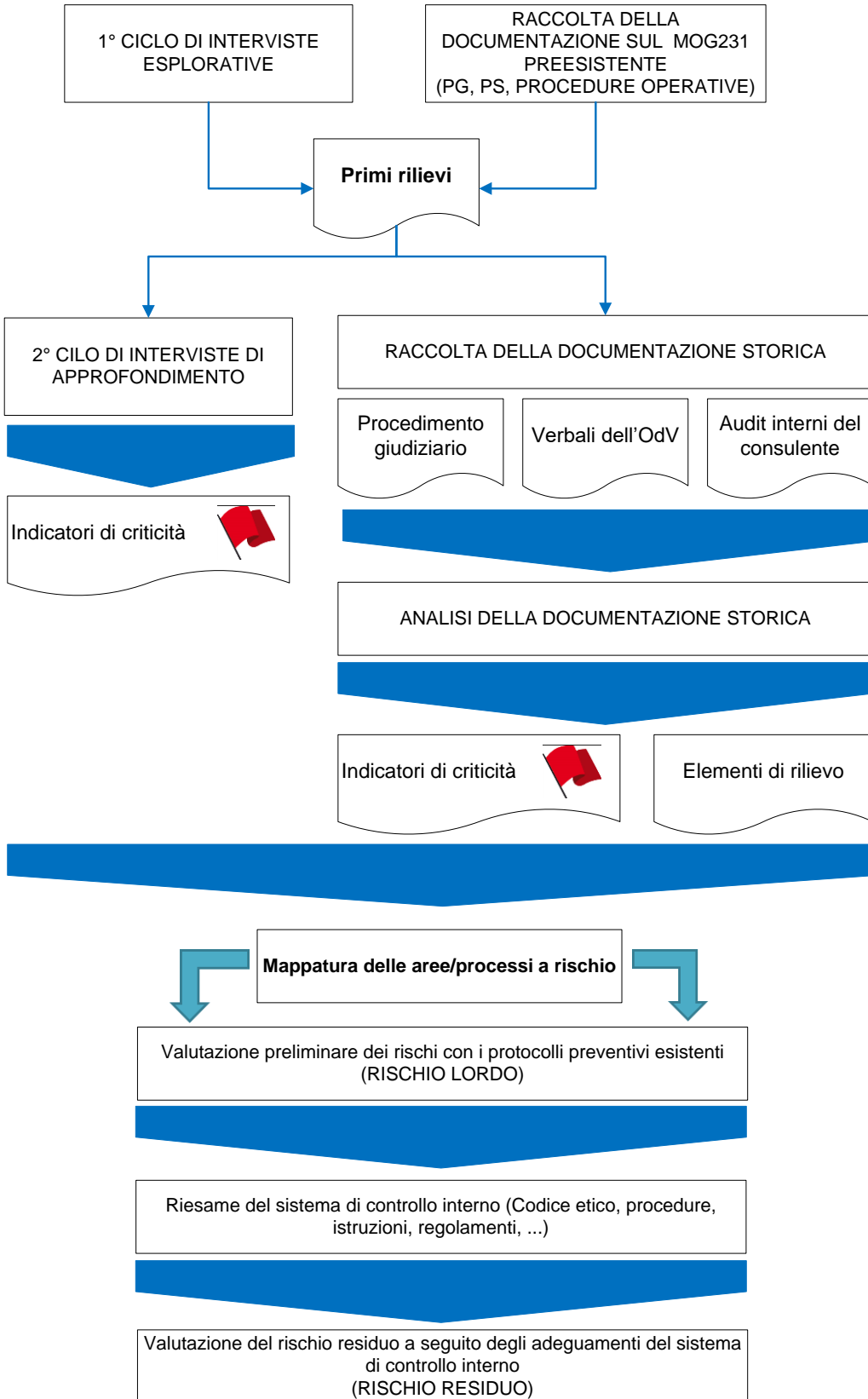
3.4.3 La seconda revisione del Modello

La seconda revisione del modello è stata approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione in data 27 giugno 2017.

L'aggiornamento del Modello si è reso necessario a seguito dei fatti che hanno interessato l'ente nel 2015 e delle conseguenti modifiche che hanno interessato l'organizzazione dell'Ente, nonché per recepire gli interventi legislativi che dal 2011 alla data di approvazione della seconda revisione sono intervenuti sul D. Lgs. 231/2001. Le attività preliminari poste in essere rispetto all'attuazione della seconda revisione sono consistite in:

- analisi storica della documentazione giudiziaria;
- raccolta ed esame della documentazione inerente i controlli effettuati dall'Organismo di Vigilanza e dal consulente esterno (Verbali dell'Organismo di Vigilanza dal 2010 al 2015, Verbali di Audit del consulente esterno dal 2011 al 2015);
- Decreti del Commissario ad Acta della Regione Lazio inerenti i provvedimenti attuati nei confronti dell'Ospedale;
- Relazione del Commissario Straordinario dell'Ospedale Prof. A. Celotto;
- Recepimento degli aggiornamenti normativi;
- interviste strutturate al personale sanitario ed amministrativo della struttura e analisi dei risultati;
- analisi dei processi e delle aree a rischio reato;
- individuazione delle funzioni coinvolte nelle aree a rischio reato;
- rischi ulteriori potenziali derivanti dall'analisi della casistica degli illeciti più ricorrenti relativa ad altri soggetti operanti nel settore sanitario;
- individuazione di red flags correlati alle aree di attività e alle fattispecie di reato presupposto del D. Lgs 231/2001. Tali elementi hanno contribuito alla valutazione del rischio;
- riesame della mappatura dei rischi e individuazione delle modalità di commissione dei reati;
- valutazione del rischio lordo (inerente);
- riesame delle procedure sanitarie ed amministrative, ove ritenuto necessario, con copertura dei presidi di controllo mancanti e miglioramento dei presidi di controllo già presenti;
- valutazione del rischio residuo.

Nel diagramma di flusso riportato di seguito è rappresentata la sequenza di attività finalizzata ai fini della predisposizione della revisione del Modello.





A. Aggiornamento del Modello per rafforzare il Sistema di Controllo Interno con riferimento alle Aree a rischio esposte ai rischi-reato nell'ambito della categoria "reati verso la Pubblica Amministrazione".

Tale aggiornamento è stato focalizzato sulle Aree a rischio indicate in virtù della rilevanza degli stessi rischi-reato e delle valutazioni sui livelli di esposizione ai rischi svolte. Tali valutazioni sono state effettuate considerando la specifica attività svolta dall'Ente e la numerosità e rilevanza delle interazioni tra lo stesso e la Pubblica Amministrazione.

Al fine di classificare tali interazioni, si riportano di seguito gli elementi che caratterizzano la qualifica di pubblico ufficiale e incaricato di pubblico servizio.

La legge n. 86 del 1990 ha operato una ridefinizione in chiave oggettiva delle nozioni di Pubblico Ufficiale e Incaricato di Pubblico Servizio, intesa a ricollegare le qualifiche soggettive *de quibus* alle concrete attività svolte da ogni soggetto, indipendentemente dalla personalità giuridica dell'ente di appartenenza; pertanto, onde verificare se un dipendente o un collaboratore dell'Ospedale riveste una qualifica pubblicistica occorre avere riguardo alla concreta attività da lui svolta nel cui ambito sarebbe stato commesso il reato. Dopo avere accertato l'esercizio di un'attività di rilievo pubblicistico, non resta che accertare, secondo la logica del caso per caso e in dipendenza delle funzioni concretamente assolte, se egli sia fornito di talune delle prerogative tipiche che, ai sensi del secondo capoverso dell'art. 357 c.p., contrassegnano la pubblica funzione, oppure se egli resti solo un Incaricato di Pubblico Servizio ai sensi dell'art. 358 c.p.

Al riguardo si riportano i testi dell'art. 357 c.p. e dell'art. 358 c.p. al fine di illustrare i requisiti della pubblica funzione e del pubblico servizio;

Art. 357.

Nozione del pubblico ufficiale.

Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

Al fine, quindi, di individuare se l'attività svolta da un soggetto possa essere qualificata come pubblica, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 357, ha rilievo esclusivo la natura delle funzioni esercitate, che devono essere inquadrabili tra quelle della Pubblica Amministrazione.

Non rilevano invece la forma giuridica dell'ente e la sua costituzione secondo le norme del diritto pubblico né tanto meno il rapporto di lavoro subordinato dell'agente con l'organismo datore di lavoro.

Per quanto concerne i processi e le attività svolte nell'ambito dell'Ospedale Israelitico si riporta di seguito un elenco (non esaustivo) degli ambiti in cui il personale (sia esso assunto con contratto di lavoro dipendente che libero professionale) assume la qualifica di pubblico ufficiale e da cui, derivano conseguentemente i doveri e le responsabilità ad esso connessi:

- registrazioni di attività clinico assistenziali in cartella clinica. Si ricorda a tale proposito che la cartella clinica è "atto pubblico di fede privilegiata" e un eventuale falso si configurerebbe come



falso in atto pubblico ai sensi degli artt. 476 e 479 c.p. Deve essere considerato atto pubblico, in quanto esplicazione di potere certificativo e partecipe della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce, non solo la cartella clinica tenuta da una struttura pubblica, ma anche - in virtù della delega di pubbliche funzioni conferita al soggetto privato dal Servizio Sanitario Nazionale - quella tenuta da un ente (casa di cura/ospedale) operante in regime di accreditamento istituzionale con esso;

- registrazione di dati e informazioni sulla scheda RAD (Rapporto Accettazione Dimissione) parte integrante della cartella clinica, della quale assume la medesima rilevanza giuridica e la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico.

Art. 358.

Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio.

Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio.

Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata, dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Possiamo considerare incaricato di pubblico servizio il medico nell'esercizio della sua attività clinica (esecuzione di visite, interventi chirurgici), l'infermiere professionale nell'espletamento delle sue funzioni di assistenza ai pazienti, il tecnico di diagnostica per immagini o di laboratorio nell'esecuzione rispettivamente delle attività di indagini diagnostiche o di analisi dei campioni biologici.

Si riportano, inoltre, alcune sentenze che prendono espressamente in considerazione il dipendente di cliniche private, attribuendogli, in relazione alla specifica attività in quei casi svolta, la qualifica di pubblici ufficiali.

Rif. Sentenza	Contenuti
Sez. U, Sentenza n. 7958 del 27/03/1992 Ud. (dep. 11/07/1992) Rv. 191175	Cartella clinica tenuta da una casa di cura convenzionata con il servizio sanitario nazionale - È atto pubblico. Deve essere considerato atto pubblico, in quanto esplicazione di potere certificativo e partecipe della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce, non solo la cartella clinica tenuta da una struttura pubblica ospedaliera, ma anche - in virtù della delega di pubbliche funzioni conferita al soggetto privato dal servizio sanitario nazionale - quella tenuta da una casa di cura convenzionata con detto servizio. (Fattispecie in tema di falsità ideologica commessa da medici in una cartella clinica tenuta da una casa di cura convenzionata).



Rif. Sentenza	Contenuti
<p>Sez. 6, Sentenza n. 5226 del 15/03/1993 Ud. (dep. 20/05/1993) Rv. 194031</p>	<p>- Reati contro la pubblica amministrazione - Nozione di pubblico ufficiale - In genere - Addetto all'ufficio di segreteria di un organo amministrativo - Ravvisabilità della qualità di pubblico ufficiale - Condizioni - Fattispecie.</p> <p>In tema di nozione di pubblico ufficiale, deve ritenersi tale colui che contribuisca in modo univoco e determinante alla formazione e manifestazione della volontà di un ente pubblico, dovendosi per tale contributo intendere l'attività - anche istruttoria e preparatoria - che, come quella dell'ufficio di segreteria di un organo amministrativo, è idonea a dare impulso determinante all'"iter" deliberativo dell'organo stesso. (Nella specie, la Cassazione ha riconosciuto la qualità di pubblico ufficiale a persona che in concreto espletava le mansioni di segretaria del direttore di una delle direzioni del segretariato generale di un Comune)</p>
<p>Sez. 6, Sentenza n. 4062 del 01/02/1994 Ud. (dep. 07/04/1994) Rv. 197976</p>	<p>- Reati contro la Pubblica Amministrazione - Nozione di servizio pubblico - Servizio sanitario nazionale - Prestazioni sanitarie subordinate a pagamento da parte dell'assistito - Qualificazione di pubblico servizio - Sussistenza.</p> <p>Il servizio sanitario nazionale rientra nel paradigma del servizio pubblico delineato dall'art. 358 cod. pen. Esso, infatti, persegue un interesse di natura pubblicistica, costituito dalla tutela della salute dei cittadini, è regolato da norme di diritto pubblico, nonché da provvedimenti autoritativi di competenza delle autorità amministrative preposte al settore. La suddetta qualificazione compete anche alle prestazioni sanitarie subordinate al pagamento, da parte degli assistiti, di una quota di partecipazione alla spesa, che non vale a spostare sul piano privatistico l'attività della struttura pubblica. Le relative somme, infatti, non hanno la natura di prezzo, ma quella di un'ulteriore contribuzione al costo della singola prestazione medica, avente carattere integrativo rispetto ai contributi posti in via generale a carico dei cittadini. (Fattispecie in tema di peculato per appropriazione da parte di un addetto al servizio cassa della U.S.L.).</p>



Rif. Sentenza	Contenuti
Sentenza n. 42166 del 4 settembre 2008 - depositata il 12 novembre 2008	Integra il delitto di falsità ideologica in atto pubblico la condotta del medico responsabile di una struttura sanitaria convenzionata che attesti, nella scheda di dimissione ospedaliera, la quale è parte integrante della cartella clinica, false informazioni relative alla diagnosi principale di dimissione, alle diagnosi secondarie, agli interventi chirurgici e alle principali procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite, e quindi alteri i codici da elaborare informaticamente per la determinazione del rimborso dovuto dal Servizio sanitario nazionale.
Sez. 5, Sentenza n. 19557 del 17/02/2010 Ud. (dep. 24/05/2010) Rv. 247506	REATI CONTRO LA FEDE PUBBLICA - DELITTI - FALSITÀ IN ATTI - IN GENERE - Alterazione della cartella clinica da parte di medico che presti la propria opera in una struttura privata convenzionata col servizio sanitario nazionale - Integrazione del reato di falso materiale commessa dal pubblico ufficiale in atto pubblico. Integra il reato di falso materiale in atto pubblico la condotta del medico che, prestando la propria opera professionale in una struttura privata convenzionata col servizio sanitario nazionale, alteri la cartella clinica, in quanto, in tal caso, il medico assume la qualità di pubblico ufficiale che svolge una pubblica funzione certificativa e la cartella clinica riveste natura di atto pubblico.
Nonostante non si riferisca espressamente al personale di strutture mediche convenzionate, può essere utile, onde comprendere la qualifica pubblicistica assegnata a soggetti operanti in un rapporto di concessione e, quindi, in senso lato accessorio alla PA, come le strutture convenzionate, riportare anche la seguente Sentenza: Sez. 6, Sentenza n. 43820 del 23/09/2014 Cc. (dep. 21/10/2014) Rv. 260710	REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - NOZIONE DI PUBBLICO UFFICIALE - IN GENERE - Dipendente di Equitalia sud s.p.a. con compiti istruttori determinanti per l'adozione di utili provvedimenti di riscossione - Qualifica di pubblico ufficiale - Sussistenza - Ragioni - Fattispecie. Riveste la qualifica di pubblico ufficiale, il dipendente del concessionario Equitalia sud s.p.a. addetto ai rapporti con gli "Enti" al quale sono assegnati compiti istruttori e preparatori funzionali a dare un impulso determinante ai fini della adozione di provvedimenti finalizzati all'utile



Rif. Sentenza	Contenuti
	esercizio dell'attività di riscossione dei tributi nei confronti di tali soggetti, in quanto il medesimo, attraverso l'attività svolta, partecipa alla formazione e manifestazione della volontà dell'ente di appartenenza. (Fattispecie in tema di corruzione propria).

B. Aggiornamento del Modello per recepire le novità legislative intervenute da giugno 2011 al giugno 2017.

Si è reso necessario, altresì, un aggiornamento per recepire le novità legislative intervenute dal giugno del 2011 al giugno 2017 e verificare se vi fossero ulteriori aree e processi a rischio reato come conseguenza del più volte novellato D. Lgs. 231/01.

In particolare sono state considerate ed analizzate le novità introdotte dai D.Lgs n. 121 del 07/07/2011, D. Lgs n. 109 del 16/07/2012, Legge n. 190 del 6/11/2012, Legge n. 39 del 04/03/2014, L. n. 62 del 17/04/2014, L. n. 186 del 15/12/2014, L. n. 68 del 22/05/2015 e Legge n. 69 del 27/05/2015, Legge n. 199/2016 e D.Lgs 38/2017, un'estensione del perimetro di intervento del modello che prendesse in considerazione parti fino ad allora non considerate.

3.4.4 La terza revisione del Modello

Nei mesi di marzo-aprile 2019 è stata effettuata una terza revisione del Modello finalizzata in particolare a:

- Recepire le novità legislative intervenute dal giugno 2017 a febbraio 2019 ed in particolare:
 - o Legge 179/2017 in materia di whistleblowing;
 - o Modifiche che hanno interessato gli articoli 25 duodecies, 25 terdecies e 24 del Decreto;
- Aggiornare la mappatura dei rischi e dei controlli a presidio di tali rischi, sia nell'ambito del complessivo insieme dei rischi-reato potenzialmente applicabili all'Ente, sia con particolare riguardo alle aree maggiormente esposte ai rischi di commissione dei reati verso la Pubblica Amministrazione legati alle attività tipiche dell'Ospedale.



3.5. Le componenti del Modello dell'Ospedale Israelitico

Il Modello dell'Ospedale Israelitico, i cui principi cardine sono compendiate nel presente documento, è, più precisamente, costituito dal **complesso strutturato e dinamico** dei protocolli di controllo vigenti in seno all'Ente e volti a prevenire il rischio di commissione dei reati considerati ai fini del Modello.

In quest'ottica, il Modello dell'Ospedale ha, quale **obiettivo principale**, la predisposizione e l'implementazione dei controlli e delle cautele idonee sia a consentire lo svolgimento dell'attività dell'Ente nel rispetto della legge, sia a individuare ed eliminare tempestivamente i fattori di rischio che dovessero insorgere.

Come sopra rilevato, il Modello dell'Ospedale è costituito dal complesso strutturato e dinamico dei protocolli di controllo vigenti in seno all'Ente: più precisamente, si tratta di un "sistema", inteso quale insieme di elementi (*id est*, i predetti protocolli), i quali, pur differenti e separati tra loro, sono interdipendenti, in quanto sono organizzati ed interagiscono in modo da formare un unico complesso organico.

I protocolli di controllo (su cui *infra* nel presente paragrafo), operando in regime di reciproco rapporto funzionale, contribuiscono al conseguimento di un determinato scopo, *id est* la prevenzione del rischio di commissione dei reati, tra quelli richiamati dal Decreto, considerati ai fini del Modello.

Il Modello adottato dall'Ente si caratterizza per essere, in primo luogo, un sistema "strutturato", poiché i differenti protocolli sono costruiti, articolati ed organizzati secondo un ordine ben preciso, rispondente alle finalità sopra indicate; in secondo luogo, un sistema "dinamico", in quanto continuamente monitorato e, qualora necessario o opportuno, integrato al fine di garantirne la costante adeguatezza rispetto alle effettive esigenze dell'Ente.

I **protocolli di controllo** che compongono il Modello dell'Ospedale (di seguito, complessivamente indicati quali 'Protocolli') sono:

- 1) i poteri autorizzativi e di firma;
- 2) il sistema documentale (regolamenti, procedure, istruzioni);
- 3) le procedure informatiche;
- 4) il controllo di gestione;
- 5) il codice etico;
- 6) il sistema disciplinare;
- 7) la comunicazione e la formazione del personale.

In aggiunta ai suddetti Protocolli, nell'ambito del Modello dell'Ospedale è necessario considerare il ruolo svolto dall'Organismo di Vigilanza (di seguito, anche solo 'OdV'; cfr., *infra* par. 13), cui è assegnato, tra gli altri, il compito di monitorare l'adeguatezza e l'effettività del Modello, e di curarne l'aggiornamento. Al fine di consentire una più agevole comprensione del Modello, ovvero del sistema strutturato e dinamico in cui esso si articola, è stato predisposto il presente documento, denominato "Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo dell'Ospedale Israelitico", formato da una Parte Generale e da una



Parte Speciale ed inoltre da procedure specifiche riservate alla descrizione delle categorie di reato considerate dei relativi processi sensibili.

Nella **Parte Generale**, dopo una sintesi delle più importanti previsioni del Decreto, è illustrato il disegno complessivo del Modello dell'Ospedale, mediante:

- a) l'illustrazione delle iniziative implementate nella fase di progettazione e costruzione del Modello;
- b) il compendio esplicativo dei Protocolli, a ciascuno dei quali è riservata un'apposita sezione volta a delinearne i profili di principale interesse;
- c) alcuni cenni in merito al ruolo, ai compiti ed ai poteri dell'OdV.

Nelle **procedure** specifiche che disciplinano le Aree a rischio e nella **Parte Speciale** si è provveduto:

- a richiamare le fattispecie delittuose rilevanti (il cui elenco completo è allegato al presente documento *sub* 1);
- ad indicare le cd. "aree a rischio reato" e, per ciascuna di esse, le funzioni coinvolte, i reati astrattamente prospettabili e le cd. "attività sensibili" (secondo quanto rilevato e riportato in allegato al presente documento *sub* 8);
- i controlli vigenti in seno all'Ente nelle "aree a rischio reato";
- i principi e le norme di comportamento che i Destinatari devono rispettare;
- i compiti dell'OdV rispetto alla tipologia di reati considerati.

3.6. I Destinatari del Modello

I principi e le previsioni del Modello dell'Ospedale Israelitico sono rivolti a **tutti i soggetti che operano in nome e/o per conto dell'Ente** (di seguito, complessivamente indicati quali 'Destinatari'), tra i quali, a titolo esemplificativo:

- a) i membri degli organi sociali (Consiglio di Amministrazione e Collegio dei Revisori dei Conti);
- b) i soggetti preposti alla direzione dell'Ente (ad es., il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario);
- c) il personale dipendente;
- d) il personale non dipendente;
- e) i soggetti esterni all'Ente che operano in nome e/o per conto di quest'ultimo (ad es., rappresentanti, consulenti, professionisti esterni).

I Destinatari sono tenuti al rispetto dei principi e delle previsioni del Modello, incluso per ciò che attiene i Protocolli ad esso connessi. L'eventuale mancata conoscenza del Modello non potrà, in alcun caso, essere invocata a giustificazione della violazione delle relative previsioni.

3.7. I "Process Owners"

Il Responsabile di processo è definito ed individuato come persona che garantisce l'efficienza del processo di cui è attore, garantisce l'efficacia dei presidi di controllo e ne cura l'aggiornamento previa condivisione con il diretto riporto in linea gerarchica.



Il Responsabile di processo ha le seguenti funzioni:

- vigila sul regolare svolgimento delle operazioni afferenti le Aree a Rischio Reato di cui è referente;
- informa collaboratori e sottoposti in merito ai rischi di commissione dei reati connessi alle operazioni aziendali svolte;
- può chiedere informazioni e chiarimenti a tutte le funzioni aziendali, alle unità operative o ai singoli soggetti che sono coinvolti nelle Attività Sensibili relative alle Aree a Rischio Reato;
- informa periodicamente l'OdV dei fatti rilevanti relativi alle operazioni a rischio della propria area/ufficio con riferimento alle Aree a Rischio Reato inviando i flussi informativi ad esso assegnati,
- può interpellare l'OdV in tutti i casi di inefficacia, inadeguatezza o difficoltà di attuazione dei protocolli di prevenzione o delle procedure operative di attuazione degli stessi al fine di ottenere chiarimenti in merito agli obiettivi e alle modalità di prevenzione previste dal Modello;
- contribuisce all'aggiornamento del sistema di controllo relativo alla propria area di appartenenza e informa l'OdV delle modifiche e degli interventi ritenuti opportuni.

L'informativa all'OdV in merito ai fatti rilevanti intervenuti nella gestione dei processi operativi nell'ambito delle Aree a Rischio reato sono effettuate con l'utilizzo delle “**schede di evidenza**” disponibili nell'area riservata del portale intranet aziendale (<http://portale.ospedaleisraelitico.it/home.aspx>).

Tali schede:

- contengono le possibili modalità di comunicazione dei reati nelle aree a rischio di competenza del Referente Interno e rilevabili dalla mappatura dei rischi;
- sono utilizzate per registrare e comunicare sia ipotesi di comportamenti illeciti sia quasi eventi (“*near miss*”), cioè qualsiasi evento avrebbe potuto portare alla commissione di un reato tra quelli previsti o ulteriori.

4. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'OSPEDALE ISRAELITICO

L'Ospedale ha adottato un sistema di *governance* ed una struttura organizzativa peculiari, definiti in considerazione della particolare natura, normativamente attribuita dalla Legge. n. 101/89, di ente ebraico civilmente riconosciuto.

Occorre considerare, a tale proposito, che il Legislatore Nazionale, nell'ambito della regolamentazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane, ha assoggettato l'Ente ad una particolare disciplina, la quale, tra l'altro, prevede che:

- l'Ospedale debba essere iscritto nel registro delle persone giuridiche, con indicazione delle norme di funzionamento e dei poteri degli organi di rappresentanza;
- ogni mutamento sostanziale nel fine, nella destinazione dei beni e nel modo di esistenza dell'Ospedale acquista efficacia civile mediante riconoscimento con decreto del Presidente della Repubblica, udito il parere del Consiglio di Stato;
- la gestione ordinaria e gli atti di straordinaria amministrazione dell'Ospedale si svolgono sotto il controllo degli organi competenti a norma dello Statuto, senza ingerenze da parte dello Stato, delle



Regioni e degli altri enti territoriali. A questo fa eccezione la misura della straordinaria e temporanea gestione prevista dall'art. 21, comma 1, lett. b) del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 come novellato dal decreto legge n. 179/2015;

- In forza di tale disciplina, lo Statuto dell'Ospedale assegna alla Giunta della Comunità Ebraica di Roma (di seguito, anche solo 'Giunta') il controllo sulla gestione ordinaria e gli atti di amministrazione dell'Ente, nonché le funzioni attribuite all'Autorità Governativa nei confronti delle fondazioni ai sensi degli artt. 255 e ss., cod. civ. (vedi, sul punto, anche *infra* par. 7.1).

4.1. Il modello di *governance* e la struttura organizzativa dell'Ospedale

L'attuale modello di *governance* disegnato dallo Statuto prevede la presenza dei seguenti organi:

- Il Presidente;
- Il Consiglio di Amministrazione;
- Il Direttore Generale;

- Il Collegio dei Revisori dei Conti.

Il modello di *governance* delineato dallo Statuto trova completamente nella struttura organizzativa illustrata nel Regolamento Interno dell'Ente (di seguito, anche solo 'Regolamento Interno'), approvato dal Consiglio di Amministrazione e, successivamente, dal Ministero della Salute con apposito decreto ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche.

La struttura organizzativa e gestionale dell'Ente prevede la presenza dei seguenti organi, ulteriori rispetto a quelli "istituzionali" indicati dallo Statuto:

- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario.

Si segnala che con Deliberazione della Giunta Regione Lazio n. 146 del 12 giugno 2013 "Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Lazio" sono stati soppressi i Comitati Etici afferenti le ASL e le strutture ospedaliere e sono stati istituiti sette nuovi Comitati che hanno accorpato quelli precedentemente attivi.

L'Ospedale Israelitico ha come proprio Comitato Etico di riferimento quello denominato "Comitato Etico Lazio 2".

4.2. Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione (di seguito, anche solo 'CdA') è composto da n. 5 (cinque) membri, di cui quattro nominati dal Consiglio della Comunità Ebraica di Roma e uno dal Consiglio di Deputazione Ebraica di Assistenza e Servizio Sociale.

Il CdA è munito di specifici poteri, tra i quali:

- la promozione e la proposizione delle modifiche statutarie, da sottoporre all'approvazione del Consiglio della Comunità Ebraica di Roma;



- la redazione e l'aggiornamento del Regolamento Interno dell'Ente;
- la nomina e l'attribuzione dei poteri del Direttore Generale nonché delle figure professionali che dovessero essere richieste nell'ambito dell'attività dell'Ente;
- il rilascio del nulla-osta al Direttore Generale per la nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- l'emanazione dei regolamenti relativi al servizio sanitario interno ed esterno, al servizio amministrativo, ai servizi generali e degli altri regolamenti similari;
- l'approvazione del bilancio preventivo e del bilancio consuntivo;
- le deliberazioni concernenti il rapporto collettivo di lavoro con il personale, incluse le assunzioni, le promozioni e le cessazioni, nonché quelle riguardanti l'affidamento di incarichi a consulenti esterni;
- l'amministrazione del patrimonio immobiliare e mobiliare, inclusa la locazione e la conduzione di immobili;
- le deliberazioni concernenti le transazioni e le conciliazioni giudiziali e stragiudiziali;
- le deliberazioni concernenti l'eventuale reperimento di mezzi finanziari;
- le deliberazioni concernenti le convenzioni attinenti le attività dell'Ente;
- l'adozione dei provvedimenti necessari al governo dell'Ente.

A mente dello Statuto, per il compimento di atti di straordinaria amministrazione, quali le disposizioni del patrimonio immobiliare, il rilascio di fidejussioni e garanzie ipotecarie ed i contratti di locazione di durata superiore a 9 anni, il Consiglio di Amministrazione deve richiedere l'autorizzazione preventiva alla Giunta della Comunità Ebraica di Roma, che si intende concessa se, entro quarantacinque giorni dalla richiesta dell'Ente, quest'ultimo non abbia ricevuto comunicazione motivata di diniego.

4.3. Il Presidente ed il Vice Presidente del Consiglio di Amministrazione

A mente dello Statuto, sono organi dell'Ente anche il Presidente ed il Vice Presidente.

Al Presidente, che è designato dal Consiglio della Comunità Ebraica di Roma e che rappresenta ad ogni effetto l'Ospedale, sono assegnate specifiche attribuzioni, tra le quali:

- la convocazione del CdA, di cui presiede le riunioni, e la vigilanza sull'esecuzione delle relative delibere;
- la vigilanza sulle entrate e le spese dell'Ente;
- la firma sugli atti che comportano obbligazioni per l'Ente;
- le altre funzioni assegnate dalla legge e dal Regolamento interno dell'Ente che non siano di competenza del CdA;
- l'assunzione dei provvedimenti ordinari e straordinari di urgenza per le materie di competenza del CdA necessari a garantire il funzionamento dell'Ente, con obbligo di riferire alla prima adunanza consiliare per la relativa ratifica.

Il Vice Presidente è nominato dal CdA tra i propri membri e, a mente dello Statuto, sostituisce il Presidente in tutte le sue funzioni in caso di sua assenza o impedimento.



4.4. Il Collegio dei Revisori dei Conti

Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da tre membri, dei quali uno con la funzione di Presidente, e viene nominato, su proposta della Giunta della Comunità Ebraica di Roma, dal Consiglio della medesima Comunità tra gli iscritti agli Albi dei Dottori Commercialisti o dei Ragionieri Commercialisti e contestualmente al registro dei Revisori Contabili, preferibilmente tra gli iscritti alla Comunità Ebraica di Roma.

Al Collegio dei Revisori dei Conti è conferito l'esercizio della funzione di revisione economico-finanziaria e contabile dell'Ospedale, nell'ambito dei principi fissati dal Codice Civile (art. 2409 bis e ss. cod. civ.), dalla normativa speciale in materia (D.P.R. n.99/1998 e D.P.R. n. 233/2000), dallo Statuto e dal Regolamento dell'Ente, nonché dai Principi di Revisione Internazionali (International Standards of Auditing, o "ISA").

Il Collegio dei Revisori vigila sull'osservanza della legge e dello Statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione ed in particolare sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dall'Ente e sul suo concreto funzionamento⁴. Il Collegio dei Revisori è incaricato della funzione di revisione legale dei conti, esercitata in conformità alle disposizioni del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n.39.

Effettua periodicamente controlli sull'efficienza della gestione dell'Ente Ospedaliero, accerta la competenza di cassa e può chiedere al Direttore Generale notizie in ordine all'andamento dell'Ente ed ai rapporti con la Regione Lazio e con gli organi di quest'ultima.

I Revisori rispondono della veridicità delle loro attestazioni e adempiono ai loro doveri con la diligenza del mandatario.

4.5. I Direttori

In occasione della progettazione e della implementazione della propria organizzazione interna, l'Ospedale ha perseguito l'obiettivo di adottare una struttura compatibile con la tipologia di attività svolta e dei servizi erogati, nonché idonea a garantire una adeguata separazione di compiti, ruoli e responsabilità tra le strutture operative e quelle di controllo.

In seno all'Ente è prevista, come evidenziato, la presenza di un Direttore Generale, da cui dipendono il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario; è stato inoltre nominato, a capo dell'omonima Direzione, il Direttore Innovazione e Sviluppo, facente capo anch'egli al Direttore Generale. I Direttori, in ragione delle rispettive competenze e responsabilità, sono supportati da appositi uffici, dipartimenti ed unità.

⁴ Secondo quanto previsto dall'articolo 2403-bis c.c.



La complessiva struttura organizzativa è illustrata in un apposito "organigramma", il quale riepiloga, illustrandole, le linee di riporto dei singoli enti dell'Ospedale.

Al fine di definire chiaramente i compiti e le responsabilità al proprio interno, l'Ospedale ha provveduto alla predisposizione di appositi "funzionigrammi" in cui sono puntualmente illustrati i ruoli e le competenze di ciascuna Funzione.

E' cura dell'Ufficio Affari Generali e Segreteria di Direzione, sulla base delle indicazioni del Direttore Generale, assicurare il periodico aggiornamento in funzione delle eventuali modifiche intervenute nell'ambito della struttura organizzativa dell'Ospedale. Gli aggiornamenti/modifiche dell'organigramma e/o dei funzionigrammi sono diffusi presso i soggetti interessati a cura della Direzione Amministrativa e pubblicati sulla intranet dell'Ente nella apposita "Sezione 231" riservata al Modello.

Qui di seguito, sono forniti alcuni brevi cenni in merito alle funzioni svolte dai singoli Direttori.

4.5.1. Il Direttore Generale

A mente dello Statuto il Direttore Generale:

- ha la direzione degli uffici amministrativi e del personale;
- è responsabile dell'amministrazione e dell'organizzazione dei servizi;
- cura l'esecuzione delle delibere del CdA circa l'amministrazione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare e mobiliare;
- predisporre e controfirma i bilanci preventivi e consuntivi dell'Ente;
- assicura l'osservanza degli adempimenti previsti dall'art. 13 dello Statuto;
- firma tutti gli atti connessi all'amministrazione, ove non sia specificatamente richiesta la firma del Presidente del CdA;
- assiste alle sedute del CdA, su invito del Presidente, ed esprime parere sulle materie di sua competenza;
- cura l'esecuzione delle delibere del CdA e delle disposizioni del Presidente del CdA, assicurando il loro esatto adempimento per il raggiungimento dei fini istituzionali;
- redige e sottopone per l'approvazione al CdA la relazione semestrale contenente i dati contabili aggiornati e l'andamento complessivo della gestione, nonché il bilancio preventivo e consuntivo dell'Ente.

Le funzioni del Direttore Generale sono meglio dettagliate, a cura del Consiglio di Amministrazione, in occasione del conferimento dell'incarico, formalizzato mediante stipula di un apposito contratto d'opera intellettuale in cui sono puntualmente indicati i poteri assegnati.

Il Direttore Generale è supportato, ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni, dall'Ufficio Affari Generali e Segreteria di Direzione.



4.5.2. Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo, svolge i seguenti compiti, meglio dettagliati nel relativo funzionigramma:

- a) curare ogni materia riguardante il personale;
- b) curare ogni materia riguardante l'organizzazione e l'assetto procedurale dell'Ente nell'ambito della Direzione Amministrativa;
- c) coordinare e monitorare l'attività degli uffici amministrativi, mirando all'ottimizzazione degli stessi;
- d) curare i rapporti con gli Enti Territoriali (Regione, ASL...) per le materie di competenza.

Il Direttore Amministrativo è supportato, inoltre, dai seguenti uffici:

- Ufficio Programmazione e controllo;
- Ufficio Economato e Provveditorato;
- Ufficio Organizzazione interna e risorse tecnologiche;
- Ufficio Personale;
- Ufficio Amministrazione Finanza e Controllo;
- Ufficio Accettazione amministrativa;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP);
- Segreteria di Direzione.

4.5.3 II Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è responsabile della direzione, del coordinamento gestionale e della programmazione di tutti i servizi sanitari di assistenza che fanno capo all'Ente, rispondendo del proprio operato al Direttore Generale e al CdA.

I servizi sanitari offerti dall'Ospedale sono supervisionati dai Direttori Sanitari, ciascuno per la sede di competenza, e fanno capo al Dipartimento Ospedaliero e ai Poliambulatori.

Il Dipartimento Ospedaliero presenta, a sua volta, una propria articolazione interna consistente in:

- Strutture complesse;
- Strutture semplici costituite in seno a quelle complesse;
- Strutture semplici dipartimentali;
- Servizi dipartimentali.

A capo di ciascuna struttura/servizio è preposto un responsabile, cui spetta, tra l'altro, il controllo sul corretto svolgimento delle attività svolte e dei servizi erogati nell'ambito della struttura/servizio.

4.5.4 Il Direttore Innovazione e Sviluppo

Il Direttore Innovazione e Sviluppo, propone, elabora e coordina progetti strategici per l'Ospedale, definendo d'intesa con la Direzione Generale e le altre Direzioni, le attività che riguardano la ricerca e lo sviluppo dei processi di business, ivi inclusa l'offerta di nuovi servizi e dell'infrastruttura tecnologica, comprese le solutions e le applicazioni a supporto al business. Coordina inoltre l'attività dei seguenti Uffici:



- Ufficio sistemi informativi, il quale si occupa degli aspetti relativi all'infrastruttura ICT, della gestione delle reti e della sicurezza, degli applicativi utilizzati dal personale dell'Ospedale, ivi compresi i rapporti con i fornitori esterni dei servizi IT;
- Ufficio Progetti Speciali, il quale si occupa dello sviluppo dell'*offering* e delle relative attività promozionali, e della definizione di progetti che consentano l'ampliamento e il miglioramento degli ambiti di attività svolte dall'Ospedale, nel rispetto della mission e dello Statuto dello stesso;
- Ufficio HTA (Health Technology Assessment), in fase di implementazione alla data di approvazione della terza revisione del presente modello, che fornirà un parere consultivo, avvalendosi anche di *expertise* fornite da altri Uffici quali l'Ufficio Organizzazione interna e risorse tecnologiche, l'Ufficio Economato, l'Ingegneria Clinica, relativamente alle valutazioni strategiche condotte con la Direzione Sanitaria circa l'opportunità di sostituzione e/o acquisto di apparecchiature/attrezzature di nuova generazione.

4.6. La funzione di Internal Audit

L'Ospedale ha istituito una funzione di Internal Audit deputata a vigilare sull'efficace ed effettiva implementazione del sistema di controllo interno dell'ente.

La funzione di Internal Audit riporta al Consiglio di Amministrazione.

La funzione di Internal Audit:

- ha elaborato un proprio regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione il 26 Febbraio 2018;
- predispone annualmente un piano di audit che consegna al Consiglio di Amministrazione dell'Ente;
- può effettuare anche ulteriori verifiche non programmate se richieste da parte del Consiglio di Amministrazione o dall'Organismo di Vigilanza.

La funzione di Internal Audit predispone, semestralmente, una relazione sulle attività svolte indicando gli esiti degli audit e segnalando eventuali anomalie intercettate nell'ambito del modello organizzativo dell'Ospedale.

La relazione viene illustrata al Consiglio di Amministrazione.

Tutti gli esiti degli audit, nonché la relazione semestrale, potranno essere inviati all'Organismo di Vigilanza e al Collegio dei Revisori dei Conti, previa comunicazione al Presidente del Consiglio di Amministrazione, per le eventuali ulteriori verifiche ed approfondimenti.

4.7. La gestione commissariale dell'Ente.

L'Ente, nel rispetto delle previsioni statutarie e del rapporto di accreditamento con la Regione Lazio, può essere sottoposto a misure di commissariamento con il fine di garantire la prosecuzione dell'attività nel rispetto della normativa vigente e assicurare il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza ad esso afferente.



Di seguito sono indicate le ipotesi di commissariamento attivabili nell'ambito di una gestione straordinaria dell'Ente.

A. Commissariamento interno

A norma dell'art. 7 dello Statuto dell'Ente, il Consiglio della Comunità Ebraica di Roma può procedere allo scioglimento anticipato del Consiglio di Amministrazione nei casi in cui:

- accerti l'impossibilità di funzionamento del Consiglio o la sua inadeguatezza rispetto ai compiti ad esso assegnati;
- accerti che il Consiglio non ha agito in conformità allo Statuto o alle finalità dell'Ente.

In tale caso, il Consiglio della Comunità Ebraica di Roma può, di concerto con il Consiglio della Deputazione Ebraica di Assistenza e Servizio Sociale, nominare un Commissario Straordinario o provvedere al rinnovo del Consiglio stesso.

B. Commissariamento ex art. 32 D.L. 90/2014

L'articolo 1, comma 704, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha incluso anche gli enti che esercitano attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, in base agli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tra quelli soggetti all'applicazione delle misure di gestione, sostegno e monitoraggio introdotte dall'articolo 32 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90.

Ove l'autorità giudiziaria proceda per i delitti di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, ovvero in presenza di rilevate situazioni anomale e comunque sintomatiche di condotte illecite o eventi criminali, il Presidente dell'ANAC ne informa il Procuratore della Repubblica e, in presenza di fatti gravi e accertati – anche a seguito di denunce di illeciti da parte di pubblici dipendenti – propone al Prefetto competente, in relazione al luogo in cui ha sede l'impresa, alternativamente:

- di ordinare il rinnovamento degli organi sociali, mediante la sostituzione del soggetto coinvolto e, ove l'impresa non si adegui nei termini stabiliti, di provvedere alla straordinaria e temporanea gestione dell'impresa, limitatamente alla completa esecuzione dell'accordo contrattuale (articolo 32, comma 1, lett. a);
- di provvedere, direttamente, alla straordinaria e temporanea gestione dell'impresa, limitatamente all'esecuzione dell'accordo contrattuale (articolo 32, comma 1, lett. b);
- di provvedere alla misura di sostegno e monitoraggio dell'impresa (articolo 32, comma 8).



5. IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE IN SENO ALL'OSPEDALE ISRAELITICO

5.1. Principi generali

Nell'ambito del Modello dell'Ente, assume rilevanza anche il sistema di deleghe e procure adottato dall'Ospedale, che costituisce uno dei protocolli facenti parte del sistema di controllo preventivo interno e che risponde ai seguenti principi:

- tutti coloro che agiscono in nome e per conto dell'Ente devono essere dotati di apposita procura formalizzata in un apposito documento;
- le deleghe e le procure devono definire in modo chiaro:
 - a) il soggetto delegante e la fonte del suo potere di delega o procura;
 - b) il soggetto delegato;
 - c) l'oggetto della delega o della procura, ovvero le materie o le categorie di atti/attività per i quali essa è conferita;
 - d) qualora previsti, i limiti di valore entro i quali la delega o la procura può essere esercitata;
 - e) l'eventuale previsione degli ulteriori limiti concernenti la delega o la procura (ad es., l'obbligo di firma congiunta con altri soggetti);
- il destinatario della delega o della procura deve essere "persona idonea", ovvero in grado di espletare efficacemente le funzioni delegate o le attività oggetto di procura;
- il contenuto della delega o della procura deve essere coerente con il ruolo e le responsabilità proprie del destinatario, per come risultanti dall'organigramma e dal mansionario dell'Ente.

Le deleghe e le procure sono tempestivamente aggiornate/modificate in conseguenza di mutamenti organizzativi.

Le deleghe e le procure, così come i relativi aggiornamenti/modifiche, sono diffuse presso i soggetti interessati e pubblicate anche all'esterno dell'Ente, nei casi previsti dalla normativa vigente.

5.2. Le deleghe e le procure rilasciate in seno all'Ospedale

Il sistema di deleghe e procure adottato dall'Ente è stato progettato e realizzato con l'obiettivo di garantirne la conformità rispetto all'organigramma dell'Ente ed ai mansionari delle differenti funzioni.

In seno all'Ospedale, la struttura del sistema di procure e deleghe è stata tracciata dal Consiglio di Amministrazione in sede di definizione dei compiti e dei poteri del Direttore Generale.

L'organo amministrativo ha puntualmente definito le funzioni del Direttore Generale in occasione del conferimento del relativo mandato, formalizzato mediante stipula di un apposito contratto d'opera, attribuendogli ampi poteri concernenti la gestione ordinaria dell'Ente.

Nell'ambito di tale conferimento, è stato attribuito al Direttore Generale il potere di rappresentare l'Ospedale nei confronti di soggetti terzi.



Al Direttore Generale è stata, inoltre, riconosciuta la facoltà:

- a) di nominare, revocare e sostituire mandatarî speciali per l'esecuzione, nell'ambito dei poteri conferitigli, di singoli atti o categorie di atti;
- b) di nominare procuratori "*ad negotia*" e "*ad lites*", determinarne i poteri, revocarli e sostituirli e compiere quanto altro occorre per la ordinaria gestione dell'Ente;
- c) di subdelegare a terzi i propri compiti, nell'ambito di quanto definito dalla procura stessa.

In aggiunta ai poteri attribuiti al Direttore Generale è stata attribuita in capo al Responsabile dell'Ufficio del Personale il potere di rappresentare l'Ospedale nell'ambito del contenzioso in materia giuslavoristica, di conciliare e transigere, rinunciare agli atti e al giudizio e accettare rinuncia di controparte. La procura, autenticata da notaio, è conservata presso l'archivio della Direzione Amministrativa.

6. PROCEDURE MANUALI ED INFORMATICHE

L'Ospedale adotta un complesso di procedure manuali ed informatiche al fine di regolamentare il corretto ed efficiente svolgimento delle attività e dei servizi erogati.

Tali procedure sono, in particolare, redatte tenuto conto sia dell'esigenza di efficienza ed operatività dell'Ente, sia della necessità di assicurare il rispetto delle previsioni contenute nelle Linee Guida emanate dalle associazioni di categoria, con particolare riguardo alle Linee Guida Confindustria.

Sotto tale ultimo profilo, è valutato come obiettivo essenziale la conformità delle procedure ai seguenti principi:

- addivenire ad una suddivisione in fasi di ciascuna procedura, coinvolgendo differenti operatori e garantendo una adeguata separazione dei compiti mediante la contrapposizione delle funzioni, cosicché siano sempre garantiti i principi di trasparenza, verificabilità, inerenza all'attività;
- garantire che ogni procedura, ed in particolare quelle che disciplinano le aree "a rischio reato", sia documentata e verificabile nelle sue varie fasi;
- assicurare che ciascun operatore coinvolto nella procedura sia sottoposto al controllo, anche indiretto, a cura di altri soggetti deputati ad altre fasi della procedura, oltre che dei soggetti preposti al controllo;
- adottare le misure volte a garantire che ogni operazione, transazione, azione sia verificabile, documentata, coerente, congrua;
- adottare misure volte a documentare i controlli espletati rispetto alle operazioni e/o alle azioni effettuate;
- garantire che ogni documento, rappresentativo di un fatto accaduto e/o di una valutazione operata, ovvero ogni parte di esso suscettibile di autonoma considerazione, deve essere sottoscritto da chi lo ha formato o comunque tracciabile da chi lo ha formato.



Le procedure da seguire in seno all'Ente sono formalizzate in appositi documenti, nel cui ambito trovano apposita ed espressa indicazione:

- a) l'oggetto della procedura, ovvero il processo, l'area o l'attività che si intende disciplinare;
- b) i compiti e le responsabilità delle strutture coinvolte;
- c) le unità organizzative coinvolte;
- d) le fasi della procedura;
- e) i soggetti che hanno approvato la procedura.

Le procedure sono regolarmente protocollate e pubblicizzate presso le unità organizzative coinvolte a cura dell'Ufficio Affari Generali e Segreteria di Direzione, che ne assicura anche il costante aggiornamento a seguito di eventuali cambiamenti nell'organizzazione dell'Ente o nelle regole che presiedono allo svolgimento di un determinato processo e/o area e/o attività.

Le procedure sono conservate sia presso gli archivi delle funzioni di volta in volta interessate, sia presso l'archivio dell'Ufficio Affari Generali e Segreteria di Direzione.

L'Ospedale implementa, inoltre, nell'ambito della propria intranet un'apposita "Sezione 231" nella quale sono consultabili le procedure vigenti nell'ambito delle aree "a rischio reato" ed in quelle "strumentali".

La sezione 231 è strutturata nel modo seguente:

- Area procedure amministrative;
- Area procedure sanitarie
- Area MOG 231

La Sezione 231 è costantemente aggiornata a cura dell'Ufficio Affari Generali e Segreteria di Direzione, su indicazioni dell'OdV e costituisce parte integrante del presente Modello dell'Ospedale.

7. IL CONTROLLO DI GESTIONE

La gestione dell'Ospedale è soggetta ad un complesso di controlli che trovano il proprio fondamento, oltre che nello Statuto dell'Ente, anche nella legislazione vigente, e che sono finalizzati, tra l'altro, a fornire tempestiva segnalazione dell'esistenza e dell'insorgere di situazioni di criticità generale e/o particolare.



Appositi controlli sono previsti con riguardo ai flussi finanziari, rispetto ai quali sono perseguiti obiettivi di trasparenza, efficienza, tracciabilità, verificabilità ed economicità della gestione delle risorse.

L'Ente si è dotato di un sistema informativo integrato, che consente di effettuare analisi sia sui dati derivanti dalle attività sanitarie sia su quelli contabili e gestionali al fine di riuscire ad avere un maggior controllo su tutti gli aspetti economici che riguardano l'Ospedale.

Il sistema è in grado, altresì, di tracciare tutte le attività di *data entry* (immissione, modifica, cancellazione) degli operatori su sistema informativo.

Il Controllo di Gestione fornisce periodicamente agli organi di governo e all'Organismo di Vigilanza informazioni sui dati di attività dell'Ente, sul monitoraggio del budget e sull'andamento della gestione.

7.1. Il ruolo della Giunta della Comunità Ebraica di Roma

Come in precedenza evidenziato (cfr., *retro* cap. 4), lo Statuto dell'Ente assegna alla Giunta della Comunità Ebraica di Roma il controllo sulla gestione ordinaria e gli atti di amministrazione dell'Ente, nonché le funzioni attribuite all'Autorità Governativa nei confronti delle fondazioni ai sensi degli artt. 255 e ss., cod. civ.

In forza di tali previsioni, è statutariamente previsto che alla Giunta sia trasmessa la relazione semestrale redatta dal Consiglio di Amministrazione e contenente i dati contabili aggiornati e l'andamento complessivo della gestione, accompagnata da una ulteriore relazione sintetica redatta dal Collegio dei Revisori dei Conti.

Per consentire l'espletamento della vigilanza da parte della Giunta, l'Ente, inoltre, deve:

- a) inviare copia di tutte le delibere entro 15 giorni dalla loro adozione;
- b) sottoporre il bilancio consuntivo e preventivo a verifica di conformità alle norme di legge;
- c) richiedere l'autorizzazione preventiva per gli atti di amministrazione straordinaria, quali le disposizioni del patrimonio immobiliare, il rilascio di fidejussioni e garanzie ipotecarie ed i contratti di locazione di durata superiore a 9 anni.

7.2. Il bilancio, preventivo e consuntivo. Il bilancio infrannuale

Al fine di garantire il costante monitoraggio della correttezza della gestione dell'Ente, ed in particolare dei relativi flussi finanziari, è prevista la programmazione e la definizione di un bilancio preventivo annuale dell'Ospedale.

In particolare, il Consiglio di Amministrazione provvede, entro il 30 novembre di ciascun anno, all'approvazione del bilancio preventivo dell'esercizio relativo all'anno successivo. La bozza del bilancio preventivo è redatta dal Direttore Generale, con il supporto della Direzione Amministrativa, ed è accompagnata da una sintetica relazione illustrativa dei criteri adottati per la definizione dei costi e dei ricavi.



Entro il 31 maggio, ovvero entro il 30 giugno qualora lo richiedano particolari esigenze, il Consiglio di Amministrazione deve, inoltre, approvare il bilancio consuntivo relativo all'anno precedente, la cui bozza è redatta, con le modalità analoghe a quelle previste per il bilancio delle società di capitali, in quanto applicabili, dal Direttore Generale con il supporto della Direzione Amministrativa.

In sede di consuntivazione, la Direzione Amministrativa provvede, inoltre, alla rilevazione degli eventuali scostamenti rispetto al consuntivo dell'anno precedente. Una volta rilevato lo scostamento, la Direzione Amministrativa ne analizza le motivazioni anche mediante l'esame della documentazione di supporto, al fine di accertarne l'effettiva congruità ed appropriatezza. Gli scostamenti, qualora significativi, sono oggetto di apposita segnalazione all'OdV.

Nel corso dell'esercizio, è, inoltre, prevista la predisposizione, sempre a cura del Direttore Generale con il supporto della Direzione Amministrativa, di un bilancio infrannuale, sottoposto all'approvazione del Consiglio di Amministrazione.

Il bilancio preventivo, quello consuntivo ed il bilancio infrannuale sono, una volta approvati dal Consiglio di Amministrazione, trasmessi alla Giunta della Comunità ebraica di Roma, la quale provvede, come evidenziato (vedi *retro*, par. 7.1), al controllo sulla gestione dell'Ente.

Il sistema di controllo di gestione dell'Ente prevede, inoltre, la redazione, a cura del Direttore Sanitario, di una relazione annuale sull'andamento dei servizi erogati dall'Ente, nella quale devono essere analizzate, settore per settore, quantità e qualità dei servizi erogati, i costi degli stessi, le eventuali proposte di miglioramento.

7.3. Il sistema di registrazione dei costi

L'Ente ha predisposto un puntuale ed efficiente sistema di registrazione dei costi sostenuti, i quali sono suddivisi in base alla natura economica.

I costi sostenuti dall'Ospedale, sono registrati tramite il programma gestionale.

Ai fini di un puntuale ed efficace controllo della gestione dell'Ente, è altresì previsto che:

- le operazioni di natura finanziaria siano registrate documentalmente e informaticamente;
- siano puntualmente indicate le modalità di effettuazione degli incassi e dei pagamenti, nonché i soggetti abilitati ad effettuare le operazioni di cassa per contante;
- il denaro contante sia conservato in una cassaforte, della cui custodia sono individuati i responsabili.

7.4 Il sistema di rilevazione dei ricavi

I ricavi dell'ente sono distinti in istituzionali e commerciali.



I ricavi derivanti dall'attività commerciale sono rappresentati dalle prestazioni sanitarie erogate in regime di autorizzazione ed accreditamento e riguardano:

- prestazioni mediche erogate in regime di degenza ordinaria e di day hospital;
- prestazioni chirurgiche erogate in regime di degenza ordinaria e di day hospital;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- somministrazione di farmaci ad Erogazione Diretta (FARMED) ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 31 luglio 2007, G.U. 2 ottobre 2007;
- locazioni degli immobili di proprietà dell'Ente.

L'Ente può ricevere, a norma di statuto, offerte, oblazioni, donazioni, eredità e legati nonché finanziamenti, sovvenzioni e contributi di liberalità dallo Stato o da parte di enti pubblici o privati.

8. IL CODICE ETICO

8.1. Finalità del Codice Etico

Nel novero dei protocolli facenti parte del Modello, particolare importanza assume il Codice Etico, approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale contestualmente all'adozione del Modello stesso (**Allegato n. 2**).

Il Codice Etico è stato redatto tenendo in considerazione le previsioni di cui alle Linee Guida emanate dalle associazioni di categoria, e segnatamente le Linee Guida di Confindustria, nella versione aggiornata a marzo 2014.

L'attuale revisione del Codice Etico recepisce lo schema tipo di Codice Etico di Comportamento proposto dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta 9 maggio 2013, n. U00183 opportunamente integrato per rendere più puntuali e chiare le regole di condotta da attuare rispetto alle aree a rischio reato interessate dal provvedimento di chiusura (D.C.A. Regione Lazio n. U00493 del 23.10.2015) e le indicazioni ricevute dalla Regione Lazio.

L'emanazione del Codice Etico trova origine, oltre che nella necessità di dotarsi di uno dei protocolli indicati come essenziali al fine di garantire la presenza di un efficace ed efficiente sistema di controllo preventivo interno, nella esigenza di formalizzare in maniera chiara e rendere conoscibili i principi etici cui l'Ospedale riconosce valore fondamentale nell'ambito della propria attività di assistenza sanitaria. In quest'ottica, il Codice Etico ha la specifica funzione di costituire il principale punto di riferimento sia per i soggetti che operano per conto dell'Ospedale, i quali devono orientare il proprio comportamento alla luce dei principi e delle previsioni ivi contenute, sia per tutti gli altri soggetti, *in primis* i pazienti, che si relazionano con l'Ospedale.



8.2. Struttura e destinatari del Codice Etico

Il Codice Etico dell'Ospedale è strutturato in una parte introduttiva ed in successive due sezioni, anche al fine di consentire una più agevole comprensione da parte dei soggetti destinatari.

Nella parte introduttiva, sono indicate le finalità del Codice, i relativi destinatari - ovvero i soggetti tenuti al rispetto delle relative previsioni: i componenti degli organi sociali, i dipendenti, il personale medico e para-medico operante in virtù di rapporti libero-professionali ed i soggetti esterni all'Ente che operano in nome e/o per conto di quest'ultimo (i soggetti appartenenti a quest'ultima categoria sono complessivamente indicati quali "Terzi Destinatari") - e le linee guida in materia di informazione e formazione sul Codice Etico. Con precipuo riguardo ai Terzi Destinatari, è previsto che l'Ospedale richieda alle terze parti con cui intrattiene rapporti di natura negoziale l'impegno espresso del Terzo Destinatario a rispettare le norme del Modello e del Codice Etico.

Nella prima sezione, trovano elencazione i principi etici fondamentali, ovvero i valori cui l'Ospedale riconosce essenziale importanza ai fini del perseguimento della propria mission, e le norme di comportamento che i destinatari devono rispettare nell'ambito delle attività svolte in nome e/o per conto dell'Ospedale.

Nella seconda sezione, sono delineati i meccanismi implementati dall'Ente a tutela del rispetto del Codice Etico, incluso per ciò che attiene le modalità per l'effettuazione di eventuali segnalazioni concernenti le violazioni del Modello o del Codice stesso.

8.3. I principi etici fondamentali e le norme di comportamento

L'Ospedale riconosce rilevante importanza alla necessità di garantire il costante e quotidiano rispetto dei propri valori etici e delle norme di comportamento di riferimento, la cui osservanza è ritenuta essenziale anche in considerazione della funzione socialmente pubblica dei servizi e delle prestazioni erogati ai pazienti, e, quindi, dell'esigenza di assicurare alla collettività la trasparenza e la correttezza massime del proprio operato.

I principi etici e le norme di comportamento, declinati nel Codice Etico e conformi alle linee guida emanate dalle associazioni di categoria concernono:

- il rispetto delle leggi;
- la probità e la correttezza;
- l'imparzialità e l'integrità;
- la trasparenza;
- la responsabilità nei confronti dei pazienti;
- i doveri in materia sanitaria;
- l'efficienza;
- la tutela della privacy;
- la tutela della personalità individuale e la gestione delle risorse umane;



- la tutela dell'ambiente;
- i rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- i rapporti con i partiti politici, le organizzazioni sindacali, le associazioni e gli operatori internazionali;
- i rapporti con i fornitori e gli appaltatori;
- le gare;
- il ripudio di ogni forma di terrorismo;
- la salute e la sicurezza sul lavoro;
- la tutela della trasparenza nelle transazioni commerciali (anti-riciclaggio);
- l'utilizzo dei sistemi informatici e telematici.

8.4. L'attuazione ed il controllo sul rispetto del Codice Etico

La seconda sezione del Codice Etico è dedicata alle previsioni concernenti l'attuazione ed il controllo sul rispetto del Codice stesso.

Sotto tale aspetto, sono illustrati i compiti dell'Organismo di Vigilanza, cui spetta, tra l'altro, la verifica sull'adeguatezza e l'effettività del Modello e del Codice Etico.

E', inoltre, posto l'accento sul dovere, gravante su ciascun destinatario, di collaborare con l'Organismo di Vigilanza in tutte le attività da questo espletate, nonché sull'obbligo di trasmettere le comunicazioni, in quella sede puntualmente dettagliate, rilevanti ai fini dell'adeguatezza e/o dell'effettività del Modello, o comunque ai fini dei compiti spettanti all'OdV.

Assume, a tale proposito, particolare importanza l'obbligo di inoltrare all'OdV le segnalazioni concernenti le violazioni, anche solo potenziali, del Modello e dei Protocolli ad esso connessi, incluso il Codice Etico. Tali segnalazioni dovranno avvenire ed essere gestite secondo quanto definito all'interno del capitolo #12.3.2.

9. IL SISTEMA DISCIPLINARE

9.1. Finalità del Sistema Disciplinare

Il Sistema Disciplinare ha funzione preventiva ed è finalizzato all'efficace funzionamento del Modello.

Infatti, la previsione di sanzioni, debitamente comminate alla violazione e dotate di «meccanismi di deterrenza», applicabili in caso di violazione delle misure contenute nel Modello, ha lo scopo di contribuire da un lato all'efficacia del "Modello" stesso, e dall'altro, all'efficacia dell'azione di controllo effettuata dall'Organismo di Vigilanza.

A mente di quanto previsto dagli artt. 6 e 7 del Decreto, in occasione dell'adozione del Modello, l'Ospedale ha adottato anche un Sistema Disciplinare (**Allegato n. 3**) volto a sanzionare le eventuali violazioni del Modello stesso e dei Protocolli ad esso connessi, incluso il Codice Etico.



Nel rispetto di quanto previsto anche dalle Linee Guida di Confindustria, è previsto che l'instaurazione di un procedimento disciplinare e l'applicazione delle relative sanzioni prescindono dall'instaurazione e/o dall'esito di eventuali procedimenti penali aventi ad oggetto le medesime condotte rilevanti ai fini del Sistema Disciplinare.

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

9.2. La struttura del Sistema Disciplinare

Dopo una sintetica premessa in cui sono delineati i principi generali concernenti il sistema sanzionatorio costituito nell'ambito del Modello, il Sistema Disciplinare dell'Ospedale è strutturato in quattro sezioni differenti.

Nella prima sezione, sono indicati i destinatari delle sanzioni previste, e segnatamente:

- a) i soggetti posti in posizione cd. "apicale", in quanto titolari di funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente, ovvero titolari del potere, anche solo di fatto, di gestione o di controllo dell'Ente. Appartengono a tale categoria i membri del Consiglio di Amministrazione, il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario;
- b) i dipendenti, ovvero coloro che sono legati all'Ospedale da un rapporto di lavoro subordinato, che costituiscono soggetti cd. "in posizione subordinata", in quanto sottoposti alla direzione ed alla vigilanza dei soggetti in posizione apicale;
- c) i cd. "Terzi Destinatari", ovvero coloro che, pur non essendo legati all'Ente da un rapporto di lavoro subordinato, operano in nome e/o per conto dell'Ospedale e sono qualificabili come soggetti "in posizione subordinata" in quanto sottoposti alla direzione ed alla vigilanza dei soggetti in posizione apicale (ad es., personale sanitario con contratto libero-professionale);
- d) i soggetti che esercitano un controllo sulle attività dell'ente, ovvero sia il Collegio dei Revisori dei Conti e l'Organismo di Vigilanza.

Nella seconda sezione, sono definite le violazioni rilevanti ai fini del Modello, elencate secondo un ordine crescente di gravità.

Nella terza sezione, sono indicate le sanzioni applicabili a ciascuna categoria di destinatari, unitamente ai criteri da utilizzare per la determinazione della sanzione da applicare in concreto.

Nella quarta sezione, sono definite le regole che presiedono allo svolgimento del procedimento disciplinare, incluso per ciò che attiene le fasi:

- di accertamento della violazione;
- di contestazione della violazione;
- di applicazione della sanzione.



10. LA COMUNICAZIONE SUL MODELLO

L'Ospedale si impegna a garantire una puntuale conoscenza del Modello e dei suoi aggiornamenti presso tutti i soggetti tenuti al rispetto dei relativi principi e previsioni, con l'obiettivo di garantire una effettiva informazione degli interessati in merito ai Protocolli, incluso il Codice Etico, di cui è chiesto il rispetto.

Il Modello è comunicato a tutti i destinatari interni all'Ospedale (inclusi gli amministratori, i sindaci ed il personale dipendente) mediante consegna o invio di copia integrale, in forma cartacea o su supporto informatico o in via telematica, nonché mediante pubblicazione sulla rete intranet ed affissione in luogo accessibile a tutti.

Della eseguita consegna e dell'impegno da parte dei Destinatari al rispetto delle regole ivi previste viene conservata traccia documentale agli atti dell'OdV.

Per i soggetti esterni all'Ente tenuti al rispetto del Modello (ad es., il personale non dipendente), lo stesso è reso disponibile sul sito internet dell'Ospedale. Al fine di formalizzare l'impegno di tali soggetti al rispetto dei principi del Modello, è previsto l'inserimento nei relativi accordi negoziali di una specifica clausola, ovvero, per i contratti già in essere, la formalizzazione di una apposita integrazione contrattuale.

Il Consiglio di Amministrazione approva appropriati piani di informazione e formazione volti ad assicurare la puntuale diffusione del Modello presso tutti i destinatari. A tale proposito, è creata e costantemente aggiornata, all'interno della rete intranet dell'Ospedale, un'apposita "Sezione 231" dedicata al Modello, nel cui ambito sono pubblicati i documenti e le informazioni di maggiore interesse per i Destinatari che vi hanno accesso, incluse le procedure vigenti.

In caso di interventi legislativi o cambiamenti organizzativi con impatto sul Modello Organizzativo dell'Ente, il Direttore Generale informa, a mezzo e-mail e con apposizione nelle bacheche situate presso le sedi dell'Ente, tutto il personale (dipendente e non) in merito alle novità, all'esito del riesame del Modello e all'eventuale revisione dello stesso.

In sede di approvazione della revisione del Modello, il Consiglio di Amministrazione, valutata la consistenza delle modifiche effettuate, può attivare delle sessioni formative dedicate a tutto il personale o a quello interessato dalle modifiche stesse.

In ogni caso tutte le revisioni del Modello sono rese disponibili all'interno della rete intranet dell'Ospedale, in un'apposita "Sezione 231" dedicata al Modello.

11. LA FORMAZIONE SUL MODELLO

L'Ospedale promuove la necessaria ed approfondita formazione dei destinatari sul Modello, rispetto alla quale spetta all'OdV monitorare l'implementazione, da parte dell'Ente, delle iniziative volte a favorire una conoscenza ed una consapevolezza adeguate del Modello e dei Protocolli ad esso connessi, incluso il Codice Etico.



Le attività di formazione si concretizzano in apposite sessioni di training (ad es., corsi, seminari, ecc.) a cui è posto obbligo di partecipazione ed i cui contenuti e modalità di esecuzione sono pianificati in appositi Piani, approvati dal Direttore Generale, condivisi per informativa con il Consiglio di Amministrazione ed implementati dall'Ospedale.

Tutte le attività di formazione sul Modello sono differenziate in base al ruolo ed alla responsabilità delle risorse interessate, al fine di assicurare una specifica e particolare formazione per i soggetti qualificabili come "apicali" alla stregua del Decreto, nonché per quelli operanti nelle aree qualificabili come "a rischio" ai sensi del Modello.

Tutte le attività formative sono sottoposte a verifica di efficacia tramite la somministrazione di test, la verifica di apprendimento e la verifica sul campo rispetto all'effettiva applicazione delle procedure adottate dall'Ente.

La formazione viene affidata a docenti esperti con adeguata e documentata esperienza maturata nell'implementazione di Modelli 231 e nella partecipazione ad organismi di vigilanza di strutture sanitarie e/o socio-sanitarie.

I percorsi formativi sono sottoposti, per una preventiva valutazione, all'Organismo di Vigilanza il quale ha facoltà di proporre modifiche e/o integrazioni alle proposte formative.

In caso di revisioni del modello inerenti l'introduzione di ulteriori aree a rischio reato o il riesame di quelle in essere, deve essere attivato un percorso formativo specifico che coinvolga tutti i soggetti direttamente interessati.

12. L'ORGANISMO DI VIGILANZA DELL'OSPEDALE ISRAELITICO

A mente di quanto previsto dal Decreto, ai fini dell'efficace attuazione del Modello dell'Ospedale, nonché della sua idoneità a prevenire la commissione dei reati considerati, assume particolare rilevanza l'Organismo di Vigilanza nominato dal Consiglio di Amministrazione.

Al fine di definire chiaramente e puntualmente i profili di primario interesse in merito al ruolo ed alle funzioni svolte dall'OdV, il Consiglio di Amministrazione ne ha ratificato il relativo statuto (di seguito, anche solo 'Statuto'; **Allegato n. 4**), il quale disciplina, tra l'altro, i seguenti aspetti:

- la nomina, la composizione e la durata dell'incarico;
- le cause di ineleggibilità e decadenza dall'incarico;
- i compiti ed i poteri;
- le risorse, umane e finanziarie, assegnate dal Consiglio di Amministrazione;
- i flussi informativi da e verso l'OdV;
- le norme etiche e comportamentali che regolamentano l'attività dell'OdV;
- i profili di responsabilità dei componenti dell'OdV.

Nel rinviare allo Statuto per la esaustiva e dettagliata regolamentazione degli aspetti sopra elencati, si ritiene opportuno svolgere, in questa sede, alcuni brevi cenni in merito alla composizione dell'OdV, nonché ai compiti ed esso assegnati.



12.1. La composizione ed i requisiti dell'OdV

L'Organismo di Vigilanza dell'Ospedale è un organo plurisoggettivo collegiale che include tra i propri membri professionisti esterni, preferibilmente esperti in materia legale e/o di auditing, o comunque in materie attinenti ai compiti dell'OdV, uno dei quali con funzioni di Presidente.

E' previsto che l'OdV si avvalga del supporto del Direttore della Direzione Innovazione e Sviluppo, quale responsabile della gestione dei programmi di informatizzazione dell'Ente, al fine di garantire l'efficace vigilanza sul corretto utilizzo dei sistemi informatici in ambito amministrativo e sanitario.

L'OdV dell'Ospedale, il cui incarico ha durata minima di 3 (tre) anni, risponde ai seguenti requisiti: **autonomia e indipendenza**, garantite dall'assenza di compiti operativi che, rendendo l'OdV partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l'obiettività di giudizio in occasione delle verifiche effettuate. A tale proposito, è, altresì, previsto, da un lato, che l'Organismo riporta direttamente ed unicamente al Consiglio di Amministrazione, non essendo soggetto al potere gerarchico o disciplinare di alcun organo o funzione dell'Ente; dall'altro, che l'Organismo determina la sua attività ed adotta le sue decisioni senza che alcuna delle altre funzioni possa sindacarle; **professionalità**, assicurata dal complesso di conoscenze, *in primis* di natura legale e di *auditing*, concernenti le attività svolte dall'OdV e funzionali all'efficiente ed efficace svolgimento dei compiti ad esso assegnati; **continuità d'azione**, garantita dalla circostanza che l'OdV è dedicato esclusivamente ed a tempo pieno all'attività di vigilanza sull'adeguatezza e l'effettività del Modello.

12.2. I compiti ed i poteri dell'OdV

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale ha attribuito all'OdV, in via sintetica, i seguenti compiti:

- a) la vigilanza sull'adeguatezza del Modello, intesa quale idoneità a prevenire la commissione di comportamenti illeciti ovvero ad evidenziarne l'eventuale realizzazione;
- b) la vigilanza sull'effettività del Modello, intesa quale coerenza tra i comportamenti concreti e quelli previsti dal Modello;
- c) l'aggiornamento in senso dinamico del Modello, mediante apposite proposte di modifica e/o integrazione del Modello, o dei Protocolli ad esso connessi, inoltrate all'organo amministrativo o alle funzioni interne di volta in volta competenti, al fine di migliorarne l'adeguatezza e l'efficacia, anche in considerazione di eventuali sopraggiunti interventi normativi e/o di variazioni della struttura organizzativa o dell'attività dell'Ente, anche in relazione al progresso scientifico e tecnologico, e/o di riscontrate significative violazioni del Modello.

Nell'ambito di tali compiti, spetta, tra l'altro, all'OdV:

- il costante monitoraggio dell'attività dell'Ente, incluso per ciò che attiene le iniziative connesse alla informazione ed alla formazione sul Modello;
- una efficiente gestione dei flussi informativi da e verso l'OdV, incluse: a) le relazioni periodiche da sottoporre all'attenzione del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori; b) le segnalazioni concernenti potenziali violazioni del Modello; c) le informazioni ed i dati trasmessi dalle funzioni dell'Ente a mente del Modello;
- qualora riscontri la violazione del Modello, il compito di informare i soggetti competenti per l'eventuale attivazione del procedimento sanzionatorio previsto dal Sistema Disciplinare, unitamente alla verifica circa l'effettiva applicazione delle sanzioni irrogate.



Ai fini del corretto espletamento dei propri compiti, sono riconosciuti all'OdV appositi poteri e prerogative, tra i quali:

- a) la massima libertà di iniziativa e di controllo sulle attività dell'Ente, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello e consentire l'accertamento immediato delle violazioni a rischio reato;
- b) il potere di effettuare tutte le verifiche e le ispezioni necessarie o opportune;
- c) la facoltà di conoscere tutti i documenti ed i dati dell'Ente mediante l'accesso agli archivi esistenti presso gli uffici e le unità amministrative e sanitarie, senza necessità di autorizzazioni o consenso preventivi;
- d) la facoltà di disporre l'audizione dei soggetti che operano in nome e/o per conto dell'Ente, qualora si presuma possano fornire indicazioni o informazioni utili ai fini dell'attività di vigilanza svolta;
- e) la facoltà di avvalersi del supporto di consulenti esterni, utilizzando le risorse finanziarie stanziare dal Consiglio di Amministrazione;
- f) la facoltà di disporre dei locali messi a disposizione dal Consiglio di Amministrazione.

In aggiunta al compenso per i membri dell'OdV stabilito in sede di nomina dell'Organismo, con cadenza annuale il Consiglio di Amministrazione definisce, sulla base di una apposita relazione predisposta dall'OdV, le risorse umane, finanziarie e tecniche a disposizione dell'Organismo e ritenute adeguate a consentire il puntuale svolgimento dei compiti ad esso assegnati.

12.3. I flussi informativi che coinvolgono l'OdV

Nell'ambito delle misure implementate dall'Ospedale al fine di garantire l'adeguatezza e l'effettività del Modello, assume particolare importanza la disciplina dei flussi informativi che coinvolgono l'OdV, il quale, da un lato, è destinatario di numerose comunicazioni, dati ed informazioni aventi ad oggetto l'attività svolta ed i servizi erogati dall'Ente; dall'altro, è tenuto ad adempiere a precisi obblighi informativi nei confronti degli organi sociali.

12.3.1. I flussi informativi verso l'OdV

Per quanto attiene i flussi informativi verso l'OdV, è espressamente previsto l'obbligo, gravante in capo a tutti i Destinatari, di comunicare con immediatezza qualsiasi circostanza idonea a configurare una violazione del Modello e dei Protocolli che lo costituiscono, incluso il Codice Etico, utilizzando l'apposita scheda di evidenza (**Allegato 5**).

Al fine di assicurare all'OdV la disponibilità di tutte le informazioni ed i dati potenzialmente rilevanti ai fini del corretto ed efficace adempimento dei compiti ad esso assegnati, è, altresì, previsto che i Destinatari trasmettano all'Organismo di Vigilanza, con la massima tempestività, o comunque entro i termini previsti dalle procedure interne, tutte le informazioni e i documenti descritti nei paragrafi "Flussi informativi verso l'OdV" riportati nelle procedure specifiche e nella Procedura operativa di Gestione dei Flussi Informativi con l'Organismo di Vigilanza.

In aggiunta a quanto definito all'interno dei documenti suddetti, le funzioni individuate, in accordo con le rispettive attribuzioni organizzative, sono obbligate a comunicare, all'OdV, tempestivamente e



assicurandone la tracciabilità, le seguenti informazioni minime e di particolare rilevanza, al verificarsi dell'evento:

- informativa relativa ad eventuali mutamenti organizzativi o delle attività tali da comportare una significativa modifica dell'assetto interno dell'Ente o delle modalità di svolgimento dell'attività dell'Ente;
- i procedimenti disciplinari avviati per violazioni del Modello, i provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti e le relative motivazioni, l'applicazione di sanzioni per violazione del Modello o delle procedure stabilite per la sua attuazione;
- i provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati contemplati dal D.Lgs. 231/2001 e che possano coinvolgere l'Ente;
- le richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario nei loro confronti e in relazione ai reati di cui al D.Lgs. 231/2001, salvo espresso divieto dell'autorità giudiziaria;
- provvedimenti assunti da parte delle Autorità di Settore (es. sospensione di autorizzazioni, etc.), ricezione di atti e contestazioni da parte delle Autorità di Vigilanza (es. notifiche Garante privacy, etc.);
- report con l'indicazione dei Conflitti di interesse effettivi, inclusa la valutazione del conflitto, l'azione proposta e lo stato di risoluzione dello stesso;
- eventuali risoluzioni contrattuali derivanti da clausole risolutive espresse che attribuiscono alle Parti la facoltà di risolvere il contratto in questione nel caso di coinvolgimento, a qualsiasi titolo, di una di esse in un procedimento rilevante ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2001;
- le operazioni poste in essere in deroga alle procedure adottate dalla società in tema di prevenzione dei reati di cui al Decreto;
- gli esiti negativi di audit interni o esterni condotti sui processi rilevanti ai fini del D.Lgs. 231/2001;
- report sugli "incident" e/o di modifiche al sistema informatico della Società, in termini di applicativi utilizzati e utenze profilate;
- report di incidenti in materia di Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro o ambientale;
- la pianificazione e lo stato d'avanzamento della formazione annuale sul D.Lgs 231/01 e sul presente Modello;
- qualsiasi altro atto o documento con profili di criticità rispetto all'osservanza del presente Modello.

12.3.2 Segnalazioni all'OdV (Whistleblowing)

L'OdV deve essere tempestivamente informato, mediante apposito sistema di segnalazione, da parte dei Destinatari, di atti od eventi che potrebbero determinare violazione od elusione del Modello o delle relative procedure, e che quindi potrebbero ingenerare responsabilità dell'Ente ai sensi del Decreto.

Le segnalazioni, in conformità alla nuova disciplina in materia di Whistleblowing (Legge 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siamo venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato") dovranno essere effettuate esclusivamente attraverso un "canale di comunicazione dedicato" che consenta all'OdV di



raccogliere informazioni rilevanti rispetto alla commissione o al rischio di commissione dei reati facilitando il flusso di segnalazioni verso lo stesso e permettendo a quest'ultimo di ricevere tempestivamente eventuali chiarimenti.

In tal senso, il Destinatario che venga a conoscenza di una violazione (o presunta violazione) del Modello deve riferire direttamente e tempestivamente all'OdV; le segnalazioni potranno avvenire:

- tramite telefono al numero indicato;
- tramite e-mail indirizzata a: odv@ospedaleisraelitico.it (avente carattere di non penetrabilità);
- oppure tramite posta, con indicazione di "Riservata Personale" al seguente indirizzo⁵: **Organismo di Vigilanza, presso Ospedale Israelitico, Piazza San Bartolomeo all'Isola n. 21, 00186 Roma.**

I canali dedicati alle segnalazioni hanno carattere confidenziale e consentono di tutelare l'identità di chi effettua la segnalazione, sia dipendente che terzo, ed è possibile inserire comunicazioni sia in modalità anonima sia manifestando la propria identità.

La legge espressamente prevede che le segnalazioni di condotte illecite debbano essere circostanziate e rilevanti ai sensi della normativa 231, "fondate su elementi di fatto precisi e concordanti", o "di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente" di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte.

Pertanto, l'OdV non è tenuto a prendere in considerazione le segnalazioni anonime⁶ che appaiano prima facie irrilevanti, destituite di fondamento o non circostanziate.

L'OdV valuta discrezionalmente, e sotto la propria responsabilità, le segnalazioni ricevute e i casi in cui è necessario attivarsi. L'OdV valuta le segnalazioni ricevute, ascoltando - se necessario - l'autore della segnalazione e/o il responsabile della presunta violazione.

I segnalanti in buona fede devono essere garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione o qualsivoglia conseguenza derivante dalle segnalazioni stesse ed in ogni caso sarà assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti dell'Ente o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede.

Tutti coloro che sono coinvolti a qualsiasi titolo nella gestione delle segnalazioni (es. anche altre strutture/organi/terzi per lo svolgimento delle attività istruttorie) sono quindi tenuti a garantire la massima riservatezza su soggetti e fatti segnalati a meno dei casi di seguito indicati:

- il segnalante incorra nella responsabilità penale a titolo di calunnia o diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale;
- il segnalante incorra in responsabilità extracontrattuale ai sensi dell'art. 2043 del codice civile;

⁵ Per maggior sicurezza si consiglia di inserire la segnalazione in due buste chiuse, entrambe con la stessa dicitura. Questo canale è stato pensato per gli operatori che non dispongono di un PC.

⁶ Nel caso accetti di investigare in base ad una segnalazione anonima esse deve risultare dettagliata e circostanziata e l'Organismo deve fornire motivazione scritta all'interno del report redatto al termine dell'indagine.



- in presenza di eventuali indagini o procedimenti avviati dall'Autorità Giudiziaria.

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, la segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Il segnalato non ha diritto ad ottenere le indicazioni circa l'origine della segnalazione né tanto meno di ricevere indicazioni circa i dati personali del segnalante.

L'Ente tutela e protegge il denunciante da atti ritorsivi formali e non, diretti e indiretti, quali:

- il demansionamento;
- la sospensione;
- il mutamento delle mansioni;
- le sanzioni disciplinari;
- il mancato saluto e/o collaborazione dei colleghi;
- la mancata riassunzione in caso di contratto a tempo determinato;
- il licenziamento collettivo in base a criteri a prima vista oggettivi come esigenze produttive, anzianità del dipendente;
- il licenziamento individuale;
- altre misure organizzative aventi effetti negativi sulle condizioni di lavoro.

In tali casi, in ossequio alla specifica normativa di riferimento ed alle relative sanzioni a carico dell'Ente, si prevede il reintegro nel posto di lavoro in caso di licenziamento o trasferimento e la nullità di ogni atto discriminatorio o ritorsivo.

Non sono meritevoli di tutela le segnalazioni:

- fondate su meri sospetti o voci, anche se non è ritenuto necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi;
- qualora la segnalazione/denuncia sia gravemente infondata o effettuata con dolo o colpa grave (con prove sufficienti a dimostrare il carattere calunnioso della segnalazione/denuncia medesima). In tale circostanza sarà applicata una sanzione al segnalante in base ai contenuti del sistema disciplinare dell'Ente;
- effettuate per scopi personali o per segnalare/denunciare controversie/contestazioni/rivendicazioni rientranti nell'area giuslavoristica;
- effettuate mediante un accesso abusivo ad un sistema informatico per raccogliere prova dei fatti supposti illeciti sul luogo di lavoro incorrendo nel reato di cui all'art. 615-ter c.p. (Accesso abusivo al sistema informatico) e non può essere tutelato dalla normativa sul whistleblowing (Cass. n. 35792/2018).

Per quanto concerne consulenti, collaboratori esterni, partner commerciali ecc., è contrattualmente previsto un obbligo di informativa immediata a loro carico, sempre nelle modalità sopraindicate, nel caso



in cui gli stessi ricevano, direttamente o indirettamente, da un dipendente/rappresentante dell'Ente una richiesta di comportamenti che potrebbero determinare una violazione del Modello.

È tutelato, ai sensi della legge vigente e delle procedure in materia di privacy, il trattamento dei dati personali delle persone coinvolte e/o citate nelle Segnalazioni.

12.3.3.1 flussi informativi dall'OdV verso gli organi sociali

Per quanto attiene le informazioni che l'OdV è tenuto a trasmettere al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio dei Revisori, con cadenza almeno annuale, una relazione scritta contenente una sintesi delle attività di verifica svolte, con indicazione dei relativi risultati, incluso per ciò che attiene le criticità riscontrate:

- i punti di miglioramento del Modello;
- le azioni correttive da apportare al fine di assicurare l'adeguatezza e/o l'effettività del Modello;
- le eventuali violazioni del Modello riscontrate;
- qualsiasi ulteriore informazione o dato ritenuto rilevante ai fini della valutazione complessiva circa l'adeguatezza e l'effettività del Modello.

Fermo restando l'obbligo di trasmettere il report semestrale e la relazione annuale sopra indicati, l'OdV ha facoltà di rivolgersi al Consiglio di Amministrazione ogni qualvolta lo ritenga opportuno ai fini dell'efficace ed efficiente adempimento dei compiti ad esso assegnati.

12.4. Il Regolamento dell'OdV

Conformemente a quanto previsto dalle Linee Guida emanate dalle associazioni di categoria, il Consiglio di Amministrazione ha rimesso all'OdV il compito di predisporre ed approvare un proprio regolamento interno, nel cui ambito siano definite le regole connesse al funzionamento ed all'operatività dell'Organismo, e segnatamente:

- le modalità di svolgimento delle attività di vigilanza svolte dall'OdV, incluso per ciò che attiene i cd. "*follow up*";
- le attività dell'OdV connesse all'aggiornamento del Modello;
- la gestione delle attività connesse alla verifica di eventuali violazioni del Modello;
- la calendarizzazione delle attività dell'OdV;
- la formalizzazione delle decisioni dell'OdV