

POLICLINICO CASILINO S.P.A.

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Ai sensi del decreto legislativo n. 231/2001

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 3 marzo 2026



Sommario

Definizioni	6
1. Policlinico Casilino – assetto societario e Sistema di Controllo Interno ...	8
Panoramica sulla Società	8
L’assetto organizzativo	8
Il Sistema Normativo	9
Il Sistema di Controllo Interno	11
1.1.1. Gli attori.....	11
1.1.2. Le componenti del Sistema di Controllo Interno.....	11
2. Il Framework ex d.lgs. 231/01	12
Adozione del Modello, obiettivi e struttura	12
La metodologia di identificazione, valutazione e gestione dei rischi	13
I protocolli di prevenzione	15
Nomina del difensore dell'Ente	15
Modello del Policlinico Casilino	15
3. L’Organismo di Vigilanza	16
Principi generali in tema d’istituzione, nomina e sostituzione dell’Organismo di Vigilanza.....	16
Compiti e funzioni dell’OdV.....	18
Flussi informativi.....	18
Gestione delle segnalazioni (c.d. <i>Whistleblowing</i>).....	20
4. Destinatari del Modello 231 e attività di comunicazione, informazione e formazione.....	24
Destinatari del Modello 231	24
Comunicazione e Formazione	24
5. Sistema disciplinare.....	26
Premessa.....	26
Misure nei confronti del personale dipendente	26
Misure nei confronti dei dirigenti	27
Misure nei confronti degli amministratori	27
Misure nei confronti dei membri dell’OdV	27
Misure nei confronti di fornitori, collaboratori, partner e consulenti.....	27
6. Regole per l’aggiornamento del Modello 231	29
7. Sezione I – Autorizzazione, accreditamento e accordo di fornitura.....	31
Attività Sensibili	31



Fattispecie di reato applicabili	31
Presidi di controllo.....	32
Flussi informativi.....	33
8. Sezione II – Accoglienza e amministrazione del paziente.....	34
Attività Sensibili	34
Fattispecie di reato applicabili	34
Presidi di controllo.....	34
Flussi informativi.....	36
9. Sezione III – Solvenza.....	37
Attività Sensibili	37
Fattispecie di reato applicabili	37
Presidi di controllo.....	37
Flussi informativi.....	38
10. Sezione IV – Diagnosi, trattamento, cura e dimissione.....	39
Attività Sensibili	39
Fattispecie di reato applicabili	39
Presidi di controllo.....	39
Flussi informativi.....	41
11. Sezione V – Gestione della documentazione clinica	42
Attività Sensibili	42
Fattispecie di reato applicabili	42
Presidi di controllo.....	42
Flussi informativi.....	45
12. Sezione VI - Logistica	46
Attività Sensibili	46
Fattispecie di reato applicabili	46
Presidi di controllo.....	46
Flussi informativi.....	47
13. Sezione VII - Facility management	48
Attività Sensibili	48
Fattispecie di reato applicabili	48
Presidi di controllo.....	48
Flussi informativi.....	50
14. Sezione VIII - Ambiente	51
Attività Sensibili	51
Fattispecie di reato applicabili	51



Presidi di controllo.....	51
Flussi informativi.....	54
15. Sezione IX - Human Resources	55
Attività Sensibili	55
Fattispecie di reato applicabili	55
Presidi di controllo.....	55
Flussi informativi.....	57
16. Sezione X - Legal	58
Attività Sensibili	58
Fattispecie di reato applicabili	58
Presidi di controllo.....	59
Flussi informativi.....	60
17. Sezione XI- Marketing & Relazioni Esterne	61
Attività Sensibili	61
Fattispecie di reato applicabili	61
Presidi di controllo.....	62
Flussi informativi.....	64
18. Sezione XII- Supply Chain	65
Attività Sensibili	65
Fattispecie di reato applicabili	65
Presidi di controllo.....	65
Flussi informativi.....	68
19. Sezione XIII - Finance	69
Attività Sensibili	69
Fattispecie di reato applicabili	69
Presidi di controllo.....	71
Flussi informativi.....	74
20. Sezione XIV - Information Technology	75
Attività Sensibili	75
Fattispecie di reato applicabili	75
Presidi di controllo.....	75
Flussi informativi.....	77
21. Sezione XV - SSL.....	78
Attività Sensibili relative ai reati sulla salute e sicurezza sul lavoro	78
Attività a rischio di reato	78
Presidi di controllo.....	79



Flussi informativi.....	84
--------------------------------	-----------



Definizioni

Attività Sensibili: le attività, le operazioni o gli atti che potrebbero far sorgere il rischio di commissione di uno dei reati presupposto della responsabilità dell'Ente;

Codice Etico: l'insieme dei valori, dei principi e delle regole di condotta che guidano tutte le attività della nostra organizzazione. Esso definisce gli standard etici e comportamentali che ciascun membro, collaboratore, e partner è tenuto a rispettare nello svolgimento delle proprie mansioni e nelle relazioni interne ed esterne.;

Decreto o Decreto 231: il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e s.m.i., in materia di "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300";

Destinatari: i soggetti ai quali si applicano le disposizioni del Modello, ossia: (i) i dipendenti dell'Ente, siano essi soggetti apicali o subordinati; (ii) i collaboratori che, a qualsiasi titolo, svolgono attività per l'Ente; (iii) i lavoratori somministrati; (iv) i fornitori con cui l'Ente intrattiene rapporti; (v) i soggetti da cui l'Ente riceve finanziamenti; (vi) i consulenti; (vii) gli organi di governance e i loro componenti;

Ente: Policlinico Casilino (nel seguito, anche "**Policlinico**");

Gruppo: il *network* di imprese comprendente il Policlinico Casilino, la capogruppo, Lifenet S.p.A., e le altre società da questa controllate, in via diretta o indiretta;

Illeciti amministrativi: gli illeciti amministrativi per i quali viene richiamata la Responsabilità dell'Ente ai sensi del Decreto 231;

Modello o Modello 231: il presente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, come previsto dal Decreto;

Organi sociali: il Consiglio di Amministrazione dell'Ente;

Organismo di Vigilanza: l'organo interno di vigilanza dell'Ente, come descritto dall'art. 6 co. 1 lett. B) del Decreto avente funzioni di vigilanza sull'osservanza del Modello e di verifica della sua efficace attuazione (in seguito, anche "Organismo" o "OdV");

Reati: il singolo reato o i reati ai quali si applica la disciplina prevista dal Decreto, riportati altresì nell'allegato 1 del presente Modello;

Sistema disciplinare: il sistema delle sanzioni applicabili – e del relativo procedimento – in caso di violazione del Modello (e del Codice Etico quale parte integrante del medesimo);

Soggetti apicali: persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;

Soggetti subordinati: persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza dei soggetti apicali;

Whistleblowing: l'atto di segnalare informazioni, sospetti o rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza nell'ambito del contesto lavorativo afferente all'Ente, nelle forme e nei limiti previsti dalla normativa rilevante in materia (D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 e art. 6, comma 2-bis del Decreto 231).



PARTE GENERALE

1. Policlinico Casilino – assetto societario e Sistema di Controllo Interno

Panoramica sulla Società

Il Policlinico Casilino (di seguito "Policlinico") è una struttura sanitaria privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), acquisita dal gruppo Lifenet S.p.A.. Da anni rappresenta un punto di riferimento per la sanità del territorio romano, distinguendosi per la qualità delle cure, l'eccellenza professionale e l'attenzione costante ai bisogni del paziente. Dal 1 aprile 2025 è subentrata ipso iure nei diritti e negli obblighi della Società Eurosanità S.p.a. in relazione al Policlinico Casilino per effetto dell'Atto di conferimento di ramo d'azienda "Policlinico Casilino".

Il 18 settembre 2025 il Policlinico è stato acquisito da Lifenet S.p.A., acquisendo una nuova dimensione nel *network* Lifenet Healthcare. Questo *network* si distingue per l'obiettivo di garantire prestazioni sanitarie di alta qualità attraverso l'innovazione tecnologica, il miglioramento continuo dei servizi e l'attenzione alla centralità del paziente.

La struttura ha ottenuto:

- l'accreditamento definitivo dalla Regione Lazio per il Policlinico Casilino, giusto DCA U00034;
- l'accreditamento definitivo del Poliambulatorio sito in Via Casilina 1040, con DCA U00485;
- l'accreditamento del Presidio Dialisi Ambulatoriale Casilino, sito in Via Casilina 1042.

La missione del Policlinico Casilino si ispira ai valori di ospitalità, assistenza e umanizzazione delle cure, con l'obiettivo di garantire a ogni paziente percorsi diagnostico-terapeutici di alto livello, in un contesto accogliente e orientato al miglioramento continuo.

L'assetto organizzativo

In ragione degli obiettivi e delle attività svolte dall'Ente, l'assetto organizzativo aziendale presenta una struttura agile, coerente con i ruoli e le responsabilità individuate. Il governo societario, come da statuto, si articola nelle funzioni attribuite a:

- Consiglio di Amministrazione;
- Presidente;
- Amministratore Delegato;
- Procuratore speciale (nel seguito, anche, Direttore Generale);
- Revisore Legale o Società di Revisione Legale.

In particolare, il Policlinico è gestito attraverso un Consiglio di Amministrazione, competente per le deliberazioni ad esso attribuite dallo statuto sociale.

Coerentemente alle previsioni statutarie, il Consiglio di Amministrazione ha nominato:

- l'Amministratore Delegato, le cui funzioni sono regolate attraverso apposito atto: in particolare, sono conferiti a tale figura "i poteri per il compimento di tutti



gli atti relativi all'ordinaria amministrazione della Società" specificatamente dettagliati nella procura e nell'atto di nomina del 18.09.2025;

- il Direttore Generale, le cui funzioni sono regolate attraverso apposito atto: in particolare, sono conferiti a tale figura "i poteri di gestione ordinaria" specificatamente dettagliati nella procura e nell'atto di nomina del 23.09.2025.

La revisione legale dei conti è affidata a una Società di Revisione (Deloitte & Touche), incaricata dal C.d.A., sentito il parere dell'organo di controllo.

Con riferimento all'assetto organizzativo adottato in relazione al D.lgs. 231/01, figura centrale nel modello di governance del Policlinico è, accanto agli organi statutari, l'Organismo di Vigilanza, come nel seguito meglio specificato.

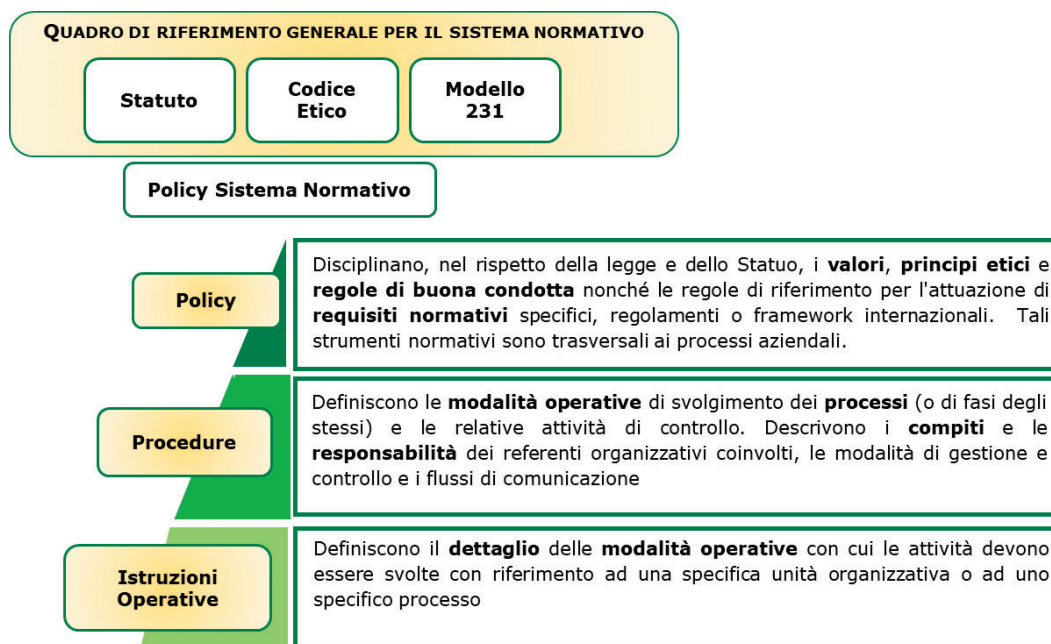
Il sistema dei poteri è sviluppato in modo integrato rispetto agli altri elementi dell'assetto organizzativo e può articolarsi in:

- Procure: poteri che attribuiscono la rappresentanza in nome e per conto dell'Ente verso terzi, consentendo al procuratore di impegnare l'Ente giuridicamente. La procura è un atto unilaterale che permette di compiere, in via esclusiva o generale, atti negoziali che hanno effetti giuridici verso l'esterno, come la stipula di contratti o la rappresentanza dell'Ente in rapporti con soggetti terzi;
- Deleghe: poteri che attribuiscono alle persone, che ricoprono una specifica posizione organizzativa all'interno dell'Ente, la facoltà di compiere atti interni con effetti limitati alla gestione dell'Ente stesso. Le deleghe conferiscono anche la facoltà di spesa nei confronti di terzi, ma solo per attività già contrattualizzate da procuratori o soggetti dotati di procura. Le deleghe sono strumenti che riguardano principalmente la sfera organizzativa interna e la gestione operativa, con eventuali limiti di importo, soglie di approvazione e obblighi di reporting.

Il Sistema Normativo

Il Sistema Normativo è costituito dal complesso degli strumenti normativi interni che disciplinano i processi chiave dell'ente e ne delineano responsabilità, flussi informativi e punti di controllo. Esso rappresenta uno degli strumenti per raggiungere le finalità della società, in modo da garantire, da un lato, efficacia ed efficienza dei processi e, dall'altro, il rispetto del quadro di riferimento generale composto dalle disposizioni di legge, generali e di settore, rilevanti.





Il Sistema Normativo si articola in tre livelli gerarchici, ognuno costituito da una tipologia di strumento normativo:

- le Policy, che disciplinano, nel rispetto della legge e dello statuto, i valori, principi etici e regole di buona condotta nonché le regole di comportamento inderogabili e gli indirizzi generali;
- le Procedure, che definiscono le modalità operative di svolgimento dei processi/ambiti (o di fasi degli stessi) e le relative attività di controllo. Descrivono i compiti e le responsabilità dei referenti organizzativi coinvolti, le modalità di gestione e controllo e i flussi di comunicazione;
- le Istruzioni operative, che definiscono il dettaglio delle modalità operative con cui le attività devono essere svolte con riferimento ad una specifica unità organizzativa o ad uno specifico processo.

La strutturazione del Sistema Normativo prevede quindi sia una gerarchia volta a garantire che gli strumenti di livello inferiore siano coerenti con i principi e le linee guida espressi dai livelli superiori, sia l'integrazione nell'ambito dei documenti normativi di processo dei principi di controllo esplicitati nei modelli di compliance e governance ed in generale nei documenti del quadro di riferimento generale.

Tali aspetti trovano applicazione in virtù altresì dell'iter di approvazione definito per i documenti normativi.

Gli strumenti normativi sono accessibili a tutti i Dipendenti¹.

¹ Sia i soggetti che intrattengono con l'Ente un rapporto di lavoro subordinato, di qualsiasi grado o natura, inclusi i lavoratori a termine (compresi quelli con contratto di inserimento, di apprendistato o a tempo parziale), i lavoratori in distacco, quelli in forza con contratti di lavoro para-subordinato (somministrazione di lavoro), nonché i liberi professionisti che prestano attività lavorativa continuativa o occasionale in favore dell'Ente, regolata da contratto di lavoro autonomo o professionale.



Il Sistema di Controllo Interno

Il Sistema di Controllo Interno dell'Ente soddisfa molteplici obiettivi di qualità, efficienza, attendibilità dei sistemi informativi e conformità alle normative, in parte sovrapponibili con quelli previsti dal Decreto. Di conseguenza, la scelta dell'Ente di dotarsi di un Modello è coerente con un assetto organizzativo, amministrativo e contabile in linea con gli obiettivi di buon governo previsti dall'art. 2086 del Codice Civile.

Il Policlinico è dotato di un Sistema di Controllo Interno inteso come insieme di regole, norme interne e strutture organizzative finalizzate a una effettiva ed efficace identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei rischi.

1.1.1. Gli attori

Gli attori del Sistema di Controllo Interno a presidio dei rischi agiscono secondo un modello a tre livelli di controllo:

- primo livello di controllo: identifica, valuta, gestisce e monitora i rischi di competenza in relazione ai quali individua e attua specifiche azioni di trattamento;
- secondo livello di controllo: monitora i principali rischi per assicurare l'efficacia e l'efficienza del loro trattamento, monitora l'adeguatezza e l'operatività dei controlli posti a presidio dei principali rischi e, inoltre, fornisce supporto al primo livello nella definizione e implementazione di adeguati sistemi di gestione dei principali rischi e dei relativi controlli;
- terzo livello di controllo: fornisce *assurance* indipendente e obiettiva sull'adeguatezza e sull'effettiva operatività del Sistema di Controllo Interno nel suo complesso.

L'articolazione del primo e secondo livello di controllo è coerente con la dimensione, la complessità, il profilo di rischio specifico e con il contesto regolamentare in cui il Policlinico opera.

1.1.2. Le componenti del Sistema di Controllo Interno

Il Sistema di Controllo Interno è così composto:

1. valutazione dei rischi inerenti all'attività svolta e valutazione di efficacia delle risposte adottate allo scopo di mitigare o eliminare i rischi medesimi (*risk assessment* e *risk management*);
2. progettazione e attuazione di specifici presidi di controllo (procedure o "protocolli" formalizzati, secondo la terminologia del Decreto), a loro volta articolati in:
 - a) meccanismi di controllo organizzativo, ovvero:
 - segregazione dei compiti (segregazione dei ruoli di responsabile, esecutore e controllore) e correlata definizione dei poteri di firma, allo scopo di attuare per le attività rilevanti un adeguato processo di autorizzazione – esecuzione – controllo successivo, in coerenza con la struttura organizzativa adottata e rispettando l'equilibrio tra autorità e responsabilità assegnate a ciascun attore;



- processi di comunicazione (coerenti con il *workflow* dei processi sottoposti a controllo), tali da garantire a ciascun attore i requisiti di qualità, tempestività e tracciabilità delle informazioni necessarie;
 - meccanismi organizzativi di “ambiente di controllo”, attinenti alle politiche di gestione delle risorse umane, nell’ambito delle quali assumono estrema rilevanza codici di comportamento, sistemi premianti (incentivi) e disciplinari (sanzioni) per rafforzare l’adeguatezza dei controlli in essere, formazione e comunicazione continua;
- b) meccanismi di controllo informativo, ovvero:
- documentazione o tracciabilità delle attività svolte, di autorizzazione, esecuzione o controllo successivo;
 - meccanismi di controllo di dettaglio sulle singole transazioni / operazioni effettuate, volte ad assicurarne la conformità rispetto agli obiettivi e procedure applicabili;
 - meccanismi di controllo di coerenza (cd. *Performance review*) anche mediante indicatori (*key performance indicator* e *key risk indicator*), allo scopo di monitorare mediante adeguati sistemi di reporting la coerenza dei risultati delle attività svolte rispetto agli obiettivi rilevanti (definiti in documenti quali politiche, piani, budget, piani di azione e procedure).

Il monitoraggio dei controlli sopra indicati viene svolto:

- in forma continua (*ongoing monitoring*) da parte degli attori con ruoli di responsabilità dei processi di gestione e controllo;
- in forma discontinua (*separate monitoring*) da parte dell’Organismo di Vigilanza e di enti preposti a periodiche verifiche di adeguatezza del sistema di controllo stante il sistema organizzativo adottato.

Tale monitoraggio, sotto il profilo metodologico, attiene tanto al corretto disegno dei controlli a presidio dei rischi (valutazione di disegno) quanto all’effettiva implementazione nelle prassi operative aziendali (valutazione di operatività).

2. Il Framework ex d.lgs. 231/01

Adozione del Modello, obiettivi e struttura

L’adozione di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/01 e s.m.i.², oltre a costituire una causa di esenzione dalla responsabilità amministrativa da reato del Policlinico, è un atto di responsabilità sociale da cui scaturiscono benefici per una molteplicità di soggetti, anche estranei all’Ente.

Il Modello, introdotto per la prima volta con delibera del Consiglio di Amministrazione, viene analizzato di continuo al fine di identificare e recepire novità normative (es. introduzione di nuovi reati nel perimetro di quelli contemplati dal Decreto) e/o opportunità di efficientamento dei contenuti in esso riportati e/o variazioni organizzative e gestionali tempo per tempo intervenute.

² Per approfondimenti sul Decreto e sui reati presupposto, che possono pertanto, alle condizioni previste nel Decreto, determinare la responsabilità dell’Ente, si rinvia all’Appendice Normativa di cui al presente Modello.



Obiettivo del Modello è garantire che l'attività dell'Ente sia svolta nel rispetto del Decreto, prevenendo comportamenti che possono cagionare la commissione di una delle fattispecie di reato previste dal Decreto o da leggi speciali relative alla Responsabilità degli Enti da reato. Pertanto, il Modello si propone le seguenti finalità:

- rappresentare il sistema di governance in modo chiaro e integrato con le esigenze organizzative e normative;
- fissare principi e regole di comportamento volte a promuovere e valorizzare una cultura etica, che sostenga correttezza e trasparenza nella conduzione di tutte le attività aziendali;
- predisporre un sistema strutturato e organico di prevenzione e controllo volto alla riduzione del rischio di commissione dei reati connessi all'attività dell'Ente;
- introdurre coloro che operano in nome e per conto del Policlinico nelle "aree di attività a rischio" alla consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate, in un illecito passibile di sanzioni sia a carico dell'autore della violazione (sul piano civilistico, disciplinare e, in taluni casi, penale) sia a carico dell'Ente (responsabilità amministrativa ai sensi del Decreto);
- segnalare a tutti coloro che operano a qualsiasi titolo in nome, per conto o nell'interesse del Policlinico che la violazione delle prescrizioni contenute nel Modello comporta l'applicazione di apposite sanzioni, eventualmente la risoluzione del rapporto contrattuale;
- ribadire che il Policlinico non tollera comportamenti illeciti, di qualsiasi tipo e per qualsiasi finalità, in quanto tali comportamenti sono contrari ai principi etici cui l'Ente intende attenersi;
- censurare effettivamente i comportamenti posti in essere in violazione del Modello attraverso l'applicazione di sanzioni disciplinari e/o contrattuali.

A seguito dell'introduzione del Modello 231, il Policlinico ha istituito l'Organismo di Vigilanza specificamente previsto dalla normativa, come meglio riportato nel seguito, che, qualora lo ritenesse opportuno, potrà avvalersi della funzione di *Internal Audit & Compliance* della capogruppo Lifenet S.p.a., a supporto delle attività ad esso deputate.

Il Modello 231 è costituito:

- dal presente documento, che ne costituisce la Parte Generale e la Parte Speciale;
- dal documento "Allegato 1 – Normativa di riferimento", nella quale viene offerta una panoramica sul Decreto nonché sulle fattispecie di reato in esso richiamate;
- dal documento "Allegato 2 - Rappresentazione Processi-Attività Sensibili-Reati".

Inoltre, si intendono quali parti integrante del Modello il Codice Etico nonché tutta la documentazione nel Modello esplicitamente richiamata.

La metodologia di identificazione, valutazione e gestione dei rischi

Il presente Modello è stato elaborato sulla base dei risultati di una serie di attività che hanno permesso al Policlinico di rendere il proprio Modello conforme ai requisiti previsti dal Decreto 231 e coerente con le indicazioni contenute negli orientamenti giurisprudenziali in materia, nelle Linee Guida e nelle *best practice* consolidate.



Al riguardo, l'art. 6, comma 2, lett. a) del Decreto prevede espressamente che il Modello individui le attività nel cui ambito possano essere potenzialmente commessi i reati di cui al medesimo Decreto 231.

A tal fine, il Policlinico innanzitutto analizza la normativa vigente, ne monitora l'evoluzione unitamente alla dottrina e alla giurisprudenza, pervenendo all'identificazione e comprensione delle fattispecie di reato e, in particolare, all'individuazione delle relative astratte modalità di commissione nel contesto di riferimento.

In secondo luogo, è effettuata un'analisi (*risk assessment*), finalizzata a identificare le aree di attività nell'ambito delle quali è ravvisabile l'astratto rischio di commissione dei reati presupposto ai sensi del Decreto 231 e le funzioni a esse preposte, tenendo conto dell'organizzazione adottata e dei processi operativi.

La mappatura degli ambiti operativi di potenziale esposizione ai diversi rischi-reato 231 è accompagnata dalla rilevazione degli specifici elementi di controllo esistenti, nonché dalla definizione di eventuali iniziative di integrazione e/o rafforzamento dei presidi in essere (alla luce degli esiti dell'apposita *gap analysis*).

In base alle indicazioni e alle risultanze della complessiva attività di analisi sopra delineata, le singole funzioni responsabili implementano – previa valutazione dei rischi individuati e definizione delle politiche di gestione degli stessi – strumenti normativi relativi alle attività a rischio, avvalendosi del supporto delle competenti funzioni dell'Ente, in coerenza con il sistema normativo interno.

Di seguito sono riepilogate fasi e attività che caratterizzano la metodologia illustrata:

Fasi	Attività operative
Fase 1 – Analisi preliminare	Analisi della normativa di riferimento; raccolta e analisi della documentazione; individuazione dei processi nel cui ambito possono astrattamente essere commessi i reati richiamati dal Decreto; individuazione delle persone che, in base a funzioni e responsabilità, hanno una conoscenza approfondita delle aree individuate nonché dei meccanismi di controllo attualmente in essere, al fine di determinare gli ambiti di intervento e un piano di interviste dettagliato
Fase 2 – <i>Risk Assessment e Gap Analysis</i>	Identificazione delle Attività Sensibili e valutazione del rischio 231 a livello inerente e residuo, nonché analisi del Sistema di Controllo Interno in essere («AS IS»), al fine di identificare eventuali carenze e definire un piano per le azioni di miglioramento («TO BE»)



- Fase 3 – Predisposizione del Modello 231

- Definizione e aggiornamento del Modello 231 articolato in tutte le sue componenti e regole di funzionamento

I protocolli di prevenzione

I protocolli volti alla prevenzione e mitigazione del rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto 231 sono standard di controllo di carattere trasversale e afferenti a: norme comportamentali, definizione di ruoli e responsabilità, adozione di procedure o norme interne, segregazione dei compiti, attività di controllo e tracciabilità, nonché disposizioni particolari volte a disciplinare gli aspetti peculiari delle Attività Sensibili.

I protocolli di prevenzione sono declinati all'interno degli strumenti normativi e/o organizzativi riferibili alle Attività Sensibili. Tali strumenti normativi e/o organizzativi sono comunicati e diffusi dalle funzioni competenti e vincolano il management e i dipendenti dell'Ente alla loro osservanza.

Nomina del difensore dell'Ente

In caso di procedimento ex d.lgs. 231/2001 a carico dell'Ente, il Legale Rappresentante provvede alla nomina del difensore dell'Ente.

Nel caso in cui il soggetto indagato sia il legale rappresentante, la nomina del difensore dell'Ente è effettuata dal Consiglio di Amministrazione. Qualora non sia possibile procedere tramite il Consiglio di Amministrazione, tale nomina è delegata a un procuratore appositamente designato, individuato tra soggetti privi di conflitti di interesse, nel rispetto delle procedure stabilite dal Modello Organizzativo. In tal caso, dovrà essere data informativa in occasione della prima riunione del Consiglio di Amministrazione.

Della nomina è fornita informativa all'Organismo di Vigilanza.

Modello del Policlinico Casilino

Il Policlinico Casilino, controllata dal gruppo Lifenet, adotta un proprio Modello di organizzazione, gestione e controllo, previa delibera del competente organo amministrativo, dopo aver analizzato e identificato le attività a rischio di reato e le misure atte a prevenirle.

Nel definire il proprio Modello, il Policlinico si attiene ai principi di riferimento del Modello 231 del Gruppo, integrandone i contenuti con le proprie peculiarità.

Il Policlinico Casilino provvede inoltre alla nomina di un Organismo di Vigilanza dedicato.



3. L'Organismo di Vigilanza

Principi generali in tema d'istituzione, nomina e sostituzione dell'Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza può essere monocratico o collegiale. In tale ultimo caso, l'Organismo è costituito da un numero di componenti pari ad un minimo di tre ed un massimo di cinque.

L'OdV è istituito con delibera del Consiglio di Amministrazione, che contestualmente ne stabilisce il compenso.

I membri dell'Organismo di Vigilanza sono scelti tra soggetti in possesso di un profilo etico e professionale di indiscutibile valore. Possono essere nominati componenti dell'Organismo di Vigilanza anche professionisti esterni al Policlinico. I membri dell'OdV non debbono avere con l'Ente rapporti tali da integrare ipotesi di conflitto di interessi e da pregiudicarne l'indipendenza.

I compensi dei componenti dell'Organismo di Vigilanza non costituiscono ipotesi di conflitto di interessi.

I membri dell'Organismo di Vigilanza restano in carica per un periodo della durata di 3 anni e sono rinominabili, una sola volta, per ulteriori 3 anni.

La nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza è condizionata alla presenza dei requisiti soggettivi di eleggibilità, onorabilità e professionalità. Sotto il primo profilo, i membri dell'Organismo di Vigilanza devono essere in possesso dei requisiti di onorabilità stabiliti per gli amministratori e i sindaci di società quotate³. Ne consegue che non può ricoprire la carica, e se nominato decade, colui che:

- si trovi nelle situazioni previste dall'art. 2382 c.c. (cioè sia stato dichiarato interdetto, inabilitato, fallito o condannato a una pena che comporti l'interdizione dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi);
- sia stato sottoposto a misura di prevenzione (d.lgs. n. 159/2011 c.d. Codice Antimafia), salvi gli effetti della riabilitazione;
- abbia subito una sentenza di condanna definitiva, salvo sia intervenuta riabilitazione, oppure abbia subito una sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento), salvo che sia sopravvenuta l'estinzione del reato: (i) per un reato previsto dalla normativa speciale che regola il settore assicurativo, bancario, finanziario, creditizio o in materia di mercati e strumenti finanziari, di strumenti di pagamento o in materia tributaria (ii) alla pena della reclusione per un reato societario o fallimentare (iii) alla reclusione non inferiore a 6 mesi per un delitto contro la PA, l'ordine pubblico, la fede pubblica, il patrimonio o l'economia pubblica (iv) alla reclusione non inferiore a un anno per qualsiasi delitto non colposo.

All'atto del conferimento dell'incarico, il soggetto designato a ricoprire la carica di membro dell'Organismo di Vigilanza deve rilasciare una dichiarazione nella quale attesta l'assenza dei seguenti altri motivi di ineleggibilità:

- l'esistenza di relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il quarto grado con componenti del Consiglio di Amministrazione, con soggetti apicali in genere e revisori incaricati dalla Società di Revisione;

³ Cfr. artt. 147-quinquies, 148 del d.lgs. 58/1998 e DM 30 marzo 2000, n. 162.



- l'esistenza di conflitti di interesse, anche potenziali, con l'Ente tali da pregiudicare l'indipendenza richiesta dal ruolo e dai compiti propri dell'OdV, nonché coincidenze di interesse con l'Ente diverse da quelle ordinarie basate sull'eventuale rapporto di collaborazione o di prestazione d'opera intellettuale;
- l'aver esercitato funzioni di amministrazione – nei tre esercizi precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza – di imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o procedure equiparate, fatto salvo il conferimento di specifici incarichi (ad esempio, commissario, liquidatore, esperto di composizione negoziata della crisi di impresa, ecc.);
- l'esistenza di un rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei due anni precedenti alla nomina quale membro dell'OdV;
- l'aver esercitato, nei tre anni precedenti, la funzione di membro dell'Organismo di Vigilanza di società condannate, ai sensi del Decreto, anche con sentenza di patteggiamento per illeciti commessi durante il periodo in cui era in carica;
- l'aver subito una sentenza di condanna, o sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento), anche non definitiva, in Italia o all'estero, per uno dei Reati presupposto richiamati dal Decreto o da leggi speciali relative alla Responsabilità degli Enti da reato;
- l'aver subito una sentenza di condanna o sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento), anche non definitiva, a una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

Qualora alcuna delle cause di ineleggibilità dovesse sorgere a carico di un soggetto già nominato, questi dovrà darne notizia agli altri membri dell'OdV e decadrà automaticamente dalla carica.

Rappresentano ulteriori cause di decadenza:

- l'impossibilità sopravvenuta di svolgere adeguatamente il proprio compito;
- l'assunzione di funzioni, incarichi e responsabilità operative/gestorie/esecutive all'interno dell'organizzazione dell'Ente, incompatibili con i requisiti di "autonomia e indipendenza" e "continuità di azione" propri dell'Organismo di Vigilanza.

L'intero OdV, invece, può decadere:

- se viene a mancare, per dimissioni o qualsiasi altra causa, la maggioranza dei componenti;
- omessa o insufficiente vigilanza attestata - anche in via incidentale - in una sentenza di condanna (anche non passata in giudicato) emessa da un giudice penale ai sensi del Decreto 231 a carico della Società o di un altro ente in cui tale componente rivesta, o abbia rivestito, la carica di organismo di vigilanza, ovvero attestata, anche in via incidentale, in un provvedimento di applicazione della sanzione su richiesta delle parti (c.d. "patteggiamento") emesso nei confronti della Società.

In tutte le ipotesi di decadenza, o di cessazione dalla carica per qualsiasi altro motivo, il Consiglio di Amministrazione provvede tempestivamente a reintegrare l'Organismo di Vigilanza o a nominarne un nuovo, nel caso in cui siano decaduti o cessati tutti i membri; sino a tale momento, l'Organismo di Vigilanza resta nell'esercizio delle proprie funzioni.

La revoca di uno o più dei membri dell'Organismo di Vigilanza e la nomina di altro soggetto, può avvenire soltanto per giusta causa, anche legata a interventi di



ristrutturazione organizzativa dell'Ente, mediante un'apposita delibera del Consiglio di Amministrazione. Costituisce "giusta causa" di revoca:

- grave negligenza nell'assolvimento dei compiti connessi con l'incarico quale (a titolo meramente esemplificativo) l'omessa redazione della relazione riepilogativa annuale sull'attività svolta al Consiglio di Amministrazione e l'omessa redazione del programma di vigilanza;
- la mancata partecipazione a tre riunioni consecutive dell'Organismo di Vigilanza senza giustificato motivo;
- la grave infedeltà o imperizia nello svolgimento dei propri compiti;
- la violazione degli obblighi di riservatezza.

Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza può recedere in ogni momento dall'incarico, da comunicarsi al Direttore Generale, nei tempi e nei modi condivisi, che riferirà in Consiglio di Amministrazione.

I componenti dell'Organismo di Vigilanza dovranno essere soggetti in possesso di adeguate competenze professionali, selezionati tra esperti in materia:

- giuridica e, più in particolare, penalistica;
- statistico-contabile e di analisi dei dati;
- di controllo interno e compliance;
- di governance societaria.

Qualora ritenuto necessario, l'OdV può giovare – sotto la sua diretta sorveglianza e responsabilità – nello svolgimento dei suoi compiti della collaborazione di tutte le funzioni e strutture dell'Ente o di consulenti esterni.

I motivi di ineleggibilità valgono anche, quali cause ostative alla nomina, per eventuali consulenti esterni dell'Organismo di Vigilanza. All'atto del conferimento dell'incarico, il professionista esterno deve rilasciare una dichiarazione nella quale attesta:

- l'assenza delle sopra indicate cause ostative all'assunzione dell'incarico;
- di essere stato adeguatamente informato delle disposizioni e delle regole comportamentali ed etiche cui l'Ente si ispira nell'esercizio di tutte le sue attività, e di quelle previste dal Modello e dal Codice Etico, che egli deve osservare nell'espletamento dell'incarico.

L'Organismo di Vigilanza provvede a disciplinare in autonomia le regole per il proprio funzionamento in un apposito Regolamento, in particolare definendo le modalità operative per l'espletamento delle proprie funzioni. Il Regolamento è successivamente trasmesso al Consiglio di Amministrazione.

Compiti e funzioni dell'OdV

L'Organismo di Vigilanza deve:

- avere autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- essere dotato di adeguate risorse finanziarie;
- rispondere, nello svolgimento delle sue funzioni, solo al Consiglio di Amministrazione;
- assumere le proprie decisioni e attuare le proprie iniziative in piena autonomia;
- astenersi qualora sorga un conflitto di interessi, informandone immediatamente il Consiglio di Amministrazione;
- astenersi da qualsiasi intervento o iniziativa di carattere operativo;



- riconoscere il Consiglio di Amministrazione quale organo competente a valutare la sua attività.

L'Organismo di Vigilanza deve possedere i poteri di iniziativa, decisione, controllo e spesa necessari per un'effettiva ed efficiente vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello secondo quanto stabilito dall'art. 6 del Decreto.

All'Organismo di Vigilanza sono affidati, per l'espletamento e l'esercizio delle proprie funzioni, i seguenti compiti e poteri:

1. vigilare costantemente sul funzionamento e sull'osservanza del Modello;
2. curare, sviluppare e promuovere il tempestivo aggiornamento del Modello, formulando, ove necessario, all'organo dirigente le proposte per eventuali adeguamenti necessari in conseguenza di significative violazioni delle prescrizioni del Modello, significative modifiche dell'assetto organizzativo dell'Ente e/o delle prassi operative connesse, modifiche normative;
3. assicurare il periodico aggiornamento del sistema di identificazione e classificazione delle attività sensibili;
4. rilevare gli eventuali comportamenti difformi che dovessero emergere dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni;
5. segnalare tempestivamente all'organo dirigente, per gli opportuni provvedimenti, le violazioni accertate del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Ente;
6. curare i rapporti e assicurare i flussi informativi di competenza verso il Consiglio di Amministrazione;
7. promuovere e verificare l'adozione, da parte dell'organo dirigente, di iniziative per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello, nonché per la formazione del personale dipendente;
8. fornire chiarimenti in merito al significato e all'applicazione delle previsioni contenute nel Modello;
9. promuovere e verificare l'adozione, da parte dell'organo dirigente, di un efficace sistema di comunicazione interna per consentire la trasmissione di notizie rilevanti ai fini del Decreto garantendo la tutela e riservatezza del segnalante;
10. formulare e sottoporre all'approvazione dell'organo dirigente la previsione di spesa annuale necessaria al corretto svolgimento dei compiti assegnati;
11. accedere liberamente presso qualsiasi struttura del Policlinico e del Gruppo per richiedere e acquisire informazioni, documentazione e dati, ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal Decreto;
12. convocare qualsiasi dipendente del Policlinico e del Gruppo, senza necessità di alcun consenso preventivo, per richiedere e acquisire informazioni, documentazione e dati, ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal Decreto.

Nella definizione del budget annuale, il Consiglio di Amministrazione determina l'entità delle risorse da destinare all'Organismo di Vigilanza, su proposta dell'Organismo medesimo. È salva la facoltà per l'OdV di eccedere le proprie dotazioni, qualora sia necessario, in casi eccezionali per lo svolgimento delle proprie funzioni, con il solo obbligo di informarne, successivamente, il Consiglio di Amministrazione.

Flussi informativi



I flussi informativi, richiesti o prodotti, spontaneamente o in modo strutturato, per l'acquisizione di conoscenze tramite lo scambio documentale o il flusso di informazioni e di dati, rappresentano un fattore da cui nessun soggetto può prescindere per il corretto ed esauriente espletamento delle proprie funzioni e necessitano quindi di una chiara articolazione, costituendo un requisito necessario per non incorrere in diseconomie relazionali o in gap informativi.

3.1.1. Attività di reporting proveniente dall'OdV

L'Organismo di Vigilanza deve riferire in merito all'attuazione del Modello, all'emersione di eventuali aspetti critici, alla necessità di interventi modificativi. Sono previste due distinte linee di reporting:

1. la prima, su base continuativa, direttamente verso il Presidente del Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale;
2. la seconda, su base periodica (almeno annuale, mediante apposita relazione sull'attività effettuata nell'anno in corso e su quella in programma per l'anno successivo), nei confronti del Consiglio di Amministrazione.

Gli incontri con gli organi cui l'Organismo di Vigilanza riferisce devono essere documentati. L'OdV cura l'archiviazione della relativa documentazione.

L'Organismo di Vigilanza predispone:

1. con cadenza annuale, una relazione riepilogativa dell'attività svolta nell'anno in corso e un piano delle attività previste per l'anno successivo, da presentare al Consiglio di Amministrazione, restando sempre salva la possibilità di svolgere, laddove opportuno per la corretta esecuzione dei propri compiti, anche attività non pianificata;
2. ad hoc, una comunicazione relativa al verificarsi di situazioni in violazione del Modello da presentare al Consiglio di Amministrazione tramite il Direttore Generale.

Ogni informazione, segnalazione, report, relazione prevista nel Modello è conservata dall'Organismo di Vigilanza in un apposito archivio (informatico o cartaceo); l'accesso al predetto archivio è consentito solo ai componenti dell'Organismo medesimo, agli altri soggetti eventualmente indicati nel regolamento oppure specificatamente delegati.

3.1.2. Attività di reporting verso l'OdV

L'informativa indirizzata all'OdV è finalizzata ad agevolare l'analisi continuativa, anche in termini di rischio potenziale e dei presidi aziendali adottati, con riferimento alle diverse aree sensibili 231, ciò mediante la conoscenza degli atti e delle informazioni aziendali di specifico interesse. Difatti, l'art. 6, comma 2, lett. d) del Decreto 231 contiene espressamente, tra i requisiti che il Modello deve soddisfare, la previsione di flussi informativi in adempimento agli *"obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli"*.

L'OdV è destinatario di qualsiasi informazione, documentazione e/o comunicazione, proveniente anche da terzi attinente il rispetto del Modello.

Tutti i Destinatari del presente Modello sono tenuti ad un obbligo di informativa verso l'Organismo di Vigilanza.



L'Organismo di Vigilanza stabilisce nella propria attività di controllo la documentazione che, su base periodica e ad hoc, deve essere sottoposta alla sua attenzione.

All'Organismo di Vigilanza debbono essere obbligatoriamente trasmessi:

- 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 le fattispecie di reato previste dal Decreto, riguardanti la Società;
- visite, ispezioni e accertamenti avviati da parte degli enti competenti (regioni, enti regionali e enti locali) e, alla loro conclusione, eventuali rilievi e sanzioni comminate;
- comunicazioni riguardanti l'avvio delle procedure per il rinnovo dell'accreditamento e dell'autorizzazione, oltre a eventuali modifiche nell'accordo di fornitura;
- richieste di assistenza legale avanzate dai soggetti interni alla Società, in caso di avvio di un procedimento giudiziario per uno dei reati previsti dal Decreto;
- rapporti predisposti dalle strutture aziendali nell'ambito della loro attività di controllo, dai quali emergano elementi di criticità rispetto alle norme del Decreto;
- in via periodica, notizie relative all'effettiva attuazione del Modello in tutte le aree/funzioni aziendali a rischio;
- in via periodica, notizie relative all'effettivo rispetto del Codice Etico a tutti i livelli aziendali;
- informazioni sull'evoluzione delle attività attinenti alle aree a rischio;
- il sistema delle deleghe e delle procure adottato dalla Società.

Le funzioni dell'Ente, più in generale, sono tenute a trasmettere all'OdV flussi informativi opportunamente strutturati, periodici e "ad hoc", sulla base di specifici documenti normativi interni, definiti dall'OdV in condivisione e coordinamento con i responsabili delle funzioni.

Resta fermo che l'Organismo di Vigilanza può richiedere informazioni ai responsabili delle competenti funzioni dell'Ente e organizzare incontri con gli stessi, per essere informato su tematiche rilevanti ai fini dello svolgimento delle attività di competenza.

Informazioni e documenti raccolti nell'espletamento dei compiti istituzionali devono essere conservati in un apposito archivio cartaceo e/o informatico e custodite dall'Organismo di Vigilanza, avendo cura di mantenere riservati i documenti e le informazioni acquisite, anche nel rispetto della normativa sulla *privacy*.

Fatti salvi gli ordini legittimi delle Autorità, i dati e le informazioni conservate nell'archivio sono posti a disposizione di soggetti esterni all'Organismo di Vigilanza solo previa autorizzazione scritta dell'Organismo stesso.

L'OdV deve adempiere al suo incarico con la diligenza richiesta dalla natura dello stesso, agendo in conformità – tra l'altro – nella sua esecuzione anche delle disposizioni contenute nel GDPR e al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003).

Le informazioni possono essere inviate con le seguenti modalità:

- mediante invio all'indirizzo di posta elettronica dell'Organismo di Vigilanza:
odv@policlinicocasilino.it
- a mezzo servizio postale al seguente indirizzo:

*c.a. Organismo di Vigilanza del Policlinico Casilino
OdV Casilino, Piazza dei Caprettari, 70 Roma*



Tutte le informazioni ricevute, indipendentemente dal canale utilizzato, sono archiviate a cura dell'Organismo.

3.1.3. Previsioni specifiche per i flussi informativi da/ verso l'OdV di Lifenet S.p.A.

L'Organismo di Vigilanza del Policlinico Casilino trasmette all'Organismo di Vigilanza di Lifenet S.p.A. un'informativa periodica e almeno annuale avente a oggetto l'attività svolta, le eventuali carenze od opportunità di miglioramento riscontrate, le azioni eventualmente intraprese per la prevenzione del rischio di commissione dei reati presupposto, nonché un'informativa tempestiva nel caso vengano riscontrati casi di violazione delle regole previste dal Modello e dalla ulteriore normativa costituente parte integrate del *framework* di controllo ex Decreto.

Gestione delle segnalazioni (c.d. *Whistleblowing*)

L'ente, al fine di adempiere al D.lgs. 24/2023 attuativo della Direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione ("Direttiva Whistleblowing") ha:

- attivato un apposito **Canale di Segnalazione** costituito da una piattaforma software messa a disposizione da un fornitore esterno Laser Romae, con cui la società ha sottoscritto un accordo di Responsabile esterno, raggiungibile da ciascun Segnalante via web attraverso il seguente indirizzo: segnalazioni.eurosanita.it
Il Canale di Segnalazione di Eurosanità garantisce, anche attraverso il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza del Segnalante, della Persona Coinvolta e della persona comunque menzionata nella Segnalazione, nonché del contenuto della Segnalazione e della relativa documentazione. In particolare, al fine di garantire la massima riservatezza:
 - tutti i dati sono sempre disponibili solo in forma crittografata, sia in transito in rete sia durante l'archiviazione;
 - è prevista un'autenticazione a due fattori, che garantisce che nessuna terza parte possa accedere con i dati di accesso del Segnalante;
 - non viene effettuato né il tracciamento dei cookie, né la memorizzazione dell'indirizzo IP del Segnalante, né di marcature temporali.

Le Segnalazioni possono essere effettuate seguendo i semplici passaggi previsti nel Canale di Segnalazione, dando una descrizione la più dettagliata possibile delle circostanze di fatto e di tempo della violazione, delle persone coinvolte e allegando qualsiasi documentazione in proprio possesso a supporto della Segnalazione. Le Segnalazioni possono essere effettuate anche in forma orale tramite il numero **0682950640** o su richiesta del Segnalante è possibile richiedere un incontro diretto con il Gestore delle Segnalazioni, fissato entro un termine ragionevole.

- ha predisposto ed adottato una Procedura Whistleblowing che è stata trasmessa preventivamente alle rappresentanze sindacali, all'interno della quale sono illustrati i seguenti punti:
 - i soggetti che possono effettuare Segnalazioni.
 - il contenuto delle segnalazioni.
 - le segnalazioni escluse e le segnalazioni anonime.
 - le modalità per effettuare la segnalazione.



- il canale di Segnalazione Interno ed il suo funzionamento.
- la gestione delle Segnalazioni.
- il Gestore delle segnalazioni.
- i canali di segnalazione esterna e la divulgazione pubblica.
- le tutele riconosciute al Segnalante e le estensioni delle tutele.
- le sanzioni.
- la Responsabilità del segnalante.
- la Protezione del soggetto segnalato dalle segnalazioni in malafede.
- il trattamento dei dati personali.
- i Tempi di conservazione della documentazione inerente alle Segnalazioni.
- gestione dei potenziali conflitti di interessi.
- formazione ed informazione.
- approvazione, revisione e divulgazione.
- informazioni sul canale e sulla procedura di segnalazione.
- ha esposto le informazioni contenute nella Procedura Whistleblowing, così come richiesto dall'Art. 5 comma 1 lettera e), nei luoghi di lavoro affiggendola nelle bacheche aziendali situate in ogni ufficio della Società, e inserendola nei siti internet della società <https://www.policlinicocasilino.it/> nell'area denominata "Whistleblowing", al fine di renderla accessibile anche a coloro che pur non frequentando i luoghi di lavoro intrattengono un rapporto giuridico con essa (collaboratori, lavoratori autonomi, consulenti, liberi professionisti, volontari, tirocinanti retribuiti e non, ecc).
- ha nominato come "Gestore delle segnalazioni", l'Organismo di vigilanza ex D.lgs 231/2001 della Società. Il Gestore delle Segnalazioni deve provvedere a:
 - rilasciare al Segnalante avviso di ricevimento della Segnalazione entro 7 giorni dalla ricezione della stessa;
 - mantenere le interlocuzioni con il Segnalante;
 - dare diligente seguito e fornire riscontro alle Segnalazioni ricevute;
 - mettere a disposizione informazioni chiare sul Canale, sulle procedure e sui presupposti per effettuare le Segnalazioni.

Al fine di dare diligente seguito alle Segnalazioni ricevute, in primo luogo il Gestore delle Segnalazioni, nel rispetto di tempistiche ragionevoli, effettuerà una valutazione sulla sussistenza dei requisiti essenziali di ammissibilità della Segnalazione. Per conoscere le attività successive si può consultare la Procedura Whistleblowing sopra citata.



4. Destinatari del Modello 231 e attività di comunicazione, informazione e formazione

Destinatari del Modello 231

Le prescrizioni del Modello sono indirizzate a tutti i soggetti con cui l'Ente intrattiene rapporti, quali:

- i dipendenti dell'Ente, siano essi soggetti apicali o subordinati;
- i collaboratori, compreso il personale sanitario, non sanitario e i liberi professionisti, che, a qualsiasi titolo, svolgono attività per l'Ente;
- i lavoratori somministrati;
- i fornitori con cui l'Ente intrattiene rapporti;
- i soggetti da cui l'Ente riceve finanziamenti;
- i Consulenti;
- gli organi di governance e i loro componenti.

I soggetti ai quali il Modello è rivolto devono conoscerne e rispettarne puntualmente tutte le disposizioni, anche in adempimento dei doveri di lealtà, correttezza e diligenza che scaturiscono dai rapporti giuridici instaurati con l'Ente.

Comunicazione e Formazione

Il Policlinico, al fine di dare attuazione al Modello, assicura un'ampia ed efficace divulgazione dei contenuti dello stesso all'interno e all'esterno della propria organizzazione.

Tale attività è supervisionata dall'Organismo di Vigilanza, secondo quanto stabilito nel proprio regolamento.

4.1.1. Comunicazione ai componenti degli organi sociali, personale direttivo e responsabili di funzioni

Ai componenti degli organi sociali⁴ ed al personale direttivo (intesi i responsabili delle varie funzioni aziendali) è messo a disposizione il Modello ed è fatta loro sottoscrivere dichiarazione di osservanza dei contenuti dello stesso.

4.1.2. Comunicazione al personale dipendente e ai collaboratori

Il personale⁵ dell'Ente deve:

- acquisire consapevolezza dei contenuti del Modello;
- conoscere le modalità operative con le quali svolgere la propria attività negli ambiti/fattispecie disciplinati dal presente Modello;

⁴ In riferimento al Consiglio di Amministrazione, la presa d'atto del Codice Etico e del Modello è insita nell'approvazione dei documenti da parte del C.d.A. stesso.

⁵ Per personale si intende: a) i dipendenti dell'Ente, siano essi soggetti apicali o subordinati; b) i collaboratori, compreso il personale sanitario, non sanitario e i liberi professionisti, che, a qualsiasi titolo, svolgono attività per l'Ente.



- contribuire attivamente, in relazione al proprio ruolo e alle proprie responsabilità, all'efficace attuazione del Modello, segnalando eventuali carenze riscontrate nello stesso.

Il personale ha diritto di ottenere una copia stampata del Modello, che è comunque sempre consultabile presso le cartelle condivise di rete e, per la Parte Generale, è sempre disponibile nella sezione del sito web aziendale; all'atto dell'assunzione o della nomina in ruolo, viene, inoltre, consegnata, copia del Modello e viene fatta sottoscrivere dichiarazione di osservanza dei contenuti.

4.1.3. Comunicazione a terzi

Ai soggetti terzi con i quali il Policlinico intrattenga rapporti economici/commerciali viene resa disponibile, qualora richiesta, una copia stampata del Modello, la cui Parte Generale è sempre consultabile nel sito web.

L'impegno all'osservanza della legge e dei principi di riferimento del Modello 231 da parte dei terzi aventi rapporti contrattuali con l'Ente è previsto da apposita clausola.

Al riguardo, sono standardizzate clausole che, a seconda dell'attività regolamentata dal contratto, impegnano le controparti al rispetto del Decreto 231, dei principi generali del Modello 231 e del Codice Etico, prevedendo altresì appositi rimedi contrattuali (quali il diritto di risoluzione e/o la facoltà di sospenderne l'esecuzione del contratto e/o clausole penali) per il caso di inadempimento.

Formazione

La formazione sui contenuti del Decreto 231 e sul Modello 231 è un importante requisito dell'attuazione dello stesso.

L'ente si impegna a porre in essere un'attività di formazione periodica, anche mediante la realizzazione di appositi corsi, supervisionata dall'Organismo di Vigilanza e da realizzarsi con modalità differenziate a seconda del destinatario nonché del grado di coinvolgimento nelle attività sensibili, osservando principi di completezza, chiarezza, accessibilità e continuità. L'attività formativa sarà effettuata:

- subito dopo l'approvazione del Modello;
- in caso di modifiche e/o aggiornamenti del Modello o delle procedure;
- nell'ambito delle attività formative per i neoassunti.

La partecipazione alla formazione è obbligatoria.

L'Organismo di Vigilanza stabilisce, nel proprio regolamento, le modalità più opportune per la verifica del grado di apprendimento del Modello e, in generale, delle procedure adottate dall'Ente.



5. Sistema disciplinare

Premessa

Nel Decreto è indicata, quale condizione per un'efficace attuazione del Modello, l'introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello stesso. La definizione di un adeguato sistema disciplinare costituisce pertanto un elemento essenziale del Modello.

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

L'attivazione del sistema disciplinare è autonoma rispetto allo svolgimento e all'esito del procedimento eventualmente avviato presso l'Autorità giudiziaria competente nei casi in cui l'inosservanza integri un reato rilevante ai sensi del Decreto 231.

Allo stesso modo, l'applicazione delle misure sanzionatorie non ha alcun effetto rispetto a eventuali conseguenze civilistiche o di altra natura (amministrativa, tributaria) che possano derivare dal medesimo fatto, incluso l'eventuale risarcimento di ogni danno arrecato all'Ente.

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

Costituisce inosservanza del Modello 231:

- la messa in atto di azioni o comportamenti non conformi alle prescrizioni del Modello 231, ovvero l'omissione di azioni o comportamenti prescritti dal Modello 231;
- la mancata osservanza, nell'espletamento delle Attività Sensibili, degli strumenti normativi di riferimento nei quali sono recepiti i protocolli di prevenzione;
- l'inosservanza degli obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza previsti dal Modello 231.

Misure nei confronti del personale dipendente

I provvedimenti disciplinari sono irrogabili nei confronti del personale dipendente dell'Ente in conformità a quanto previsto dall'applicabile CCNL di riferimento.

I provvedimenti disciplinari irrogabili nei riguardi di detti lavoratori – nel rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 - commi 2 e 3 - della legge 30 maggio 1970, n. 300 (Statuto dei Lavoratori) ed eventuali normative speciali applicabili, nonché del citato CCNL - sono quelli previsti dal seguente apparato sanzionatorio:

- a. richiamo inflitto verbalmente (o misura equivalente) per le mancanze lievi;
- b. richiamo inflitto per iscritto (o misura equivalente) nei casi di recidiva delle infrazioni di cui al precedente punto;
- c. multa di importo non superiore a quattro ore di retribuzione;



- d. sospensione dal servizio e dalla retribuzione per un periodo non superiore a 10 giorni;
- e. licenziamento disciplinare senza preavviso e con le altre conseguenze di legge.

Alla notizia di una violazione del Modello, le competenti funzioni del Policlinico promuovono un'azione disciplinare per accertare i fatti. Nella fase istruttoria sarà previamente contestato l'addebito al dipendente con un congruo termine a difesa. Qualora sia accertata la violazione, sarà applicata all'autore una sanzione disciplinare proporzionata alla gravità della violazione commessa e all'eventuale recidiva. Per quanto concerne l'accertamento delle infrazioni, i procedimenti disciplinari e l'applicazione delle sanzioni restano validi i poteri già conferiti, nei limiti delle rispettive deleghe e competenze, al management dell'Ente.

Il fascicolo di applicazione della sanzione deve essere trasmesso all'Organismo di Vigilanza per la valutazione di competenza.

Misure nei confronti dei dirigenti

Nel caso in cui sia accertata l'inosservanza del Modello da parte di uno o più dirigenti, si adotta nei confronti dell'autore della condotta censurata quanto previsto per legge e per contratto applicabile.

I provvedimenti disciplinari irrogabili nei riguardi dei 'dirigenti' - nel rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 commi 2 e 3 della Legge 30 maggio 1970, n. 300 (Statuto dei Lavoratori) e fermo restando quanto disposto dal CCNL per i dirigenti vigente - sono quelli previsti dal seguente apparato sanzionatorio:

- censura scritta;
- sospensione disciplinare;
- licenziamento per giustificato motivo;
- licenziamento per giusta causa.

Misure nei confronti degli amministratori

In caso di violazioni delle disposizioni e delle regole di comportamento del Modello da parte di membri del Consiglio di Amministrazione, l'Organismo di Vigilanza dovrà tempestivamente informare l'intero Consiglio di Amministrazione il quale, collegialmente, deve assumere gli opportuni provvedimenti.

Misure nei confronti dei membri dell'OdV

In caso di violazioni del Modello da parte di uno o più componenti dell'OdV, gli altri componenti dell'OdV ovvero uno qualsiasi tra i membri del Consiglio di Amministrazione, informano immediatamente il Consiglio di Amministrazione. Tale organo, previa contestazione della violazione, e preso atto delle argomentazioni difensive eventualmente addotte, assume gli opportuni provvedimenti tra cui, ad esempio, la revoca dell'incarico.

Misure nei confronti di fornitori, collaboratori, partner e consulenti



La violazione da parte di fornitori, collaboratori, partner e consulenti delle regole previste dal Modello e agli stessi applicabili, o l'eventuale commissione dei reati contemplati dal Decreto da parte degli stessi, comporta l'immediata risoluzione del contratto. A tal fine, nelle lettere di incarico, negli ordini di acquisto o nei contratti, dovranno essere inserite specifiche clausole contrattuali c.d. "clausole 231" con cui la controparte dichiara di conoscere i principi del Decreto, del Codice Etico e del Modello Organizzativo dell'Ente e che prevedano espressamente la facoltà dell'Ente di risolvere il contratto con le terze parti in caso di (i) gravi violazioni del Modello adottato o dei documenti a esso connessi (ii) commissione di illeciti compresi nella categoria dei reati presupposto della responsabilità ex Decreto.



6. Regole per l'aggiornamento del Modello 231

Il Consiglio di Amministrazione, previo parere dell'Organismo di Vigilanza, delibera in merito all'aggiornamento del Modello e al suo adeguamento riguardo a modifiche e/o integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di:

1. accertamento di violazioni delle prescrizioni del Modello che ne manifestano, comunque, una scarsa effettività;
2. modificazioni dell'assetto interno dell'Ente e/o delle modalità di svolgimento delle proprie attività;
3. modifiche normative;
4. esiti di controlli che denotino gravi situazioni critiche o anomalie (c.d. criticità).

Una volta approvate, le modifiche e le istruzioni per la loro applicazione sono comunicate all'Organismo di Vigilanza, il quale pone in essere le attività di vigilanza e controllo di propria competenza, dandone evidenza al Consiglio di Amministrazione nei momenti preposti.

L'Organismo di Vigilanza informa con una relazione annuale il Consiglio di Amministrazione sull'attività intrapresa in ottemperanza alla delibera che dispone l'aggiornamento e/o adeguamento del Modello. L'Organismo di Vigilanza ha compiti e poteri per la cura, sviluppo e costante aggiornamento del Modello. A tal fine, formula osservazioni e proposte, attinenti all'organizzazione e il sistema di controllo, alle strutture e funzioni a ciò preposte o, in casi di particolare rilevanza, al Consiglio di Amministrazione. Il Consiglio di Amministrazione ha la facoltà di delegare al Direttore Generale il compito di apportare con cadenza periodica, ove risulti necessario, le modifiche al Modello che attengano ad aspetti di carattere descrittivo e/o meramente formale. Con l'espressione "aspetti descrittivi o formali" si fa riferimento a elementi e informazioni che derivano da atti deliberati dal Consiglio di Amministrazione (come, ad esempio la ridefinizione dell'organigramma) o da funzioni munite di specifica delega (es. nuove procedure), nonché a modifiche prive di natura sostanziale. Di tali modifiche deve essere immediatamente informato l'Organismo di Vigilanza.

È di esclusiva competenza del Consiglio di Amministrazione la delibera di aggiornamenti e/o di adeguamenti del Modello dovuti a:

- intervento di modifiche normative in tema di responsabilità amministrativa degli enti;
- identificazione di nuove attività sensibili, o variazione di quelle precedentemente identificate, anche eventualmente connesse all'avvio di nuove attività dell'Ente;
- osservazioni da parte del Ministero della Giustizia a norma dell'art. 6 del D.lgs. 231/01 e degli artt. 5 e ss. del D.M. 26 giugno 2003, n. 201;
- commissione dei reati richiamati dal Decreto o da leggi speciali relative alla Responsabilità degli Enti da reato da parte dei destinatari delle previsioni del Modello o, più in generale, di significative violazioni del Modello;
- riscontro di carenze e/o lacune nelle previsioni del Modello a seguito di verifiche sull'efficacia del medesimo.

